

Deinstitutionalisieren im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit

Eine explorative Untersuchung zu den differenzierten Auswirkungen
eines Deinstitutionalisierungsprozesses in der Behindertenhilfe
auf die Menschen, die in der Institution leben und arbeiten

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)
der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg

vorgelegt von
Jan Glasenapp aus Essen

Schwäbisch Gmünd

2009

Erstgutachter: Prof. Dr. R. Trost

Zweitgutachter: Prof. Dr. C. Käppler

Datum des Abschlusses der mündlichen Prüfung: 15.01.2010

Danksagung

Für Dag, Angelika und Anna-Lena – die statt dieser Zeilen vermutlich lieber mit mir im Garten gearbeitet, geredet oder gespielt hätten!

Eine Arbeit dieses Umfangs abzuschließen ist ein wunderschönes Gefühl. Es ruft die besonderen Momente in Erinnerung, sich an Erkenntnis erfreuen zu dürfen. Es tilgt aber nicht die Momente der Anstrengung, des Verzicht, des Zweifels, die ihren sprachlichen Ausdruck an vielen Stellen dieser Arbeit finden. Dies durchzustehen gelingt nur durch die Unterstützung anderer, für die ich danken möchte. Ich bin nicht mehr der, der ich war, als ich vor acht Jahren mit dieser Arbeit begann.

Auch die Institution, um die es im empirischen Teil dieser Arbeit geht, ist nicht mehr die, die sie war, als ich mit der Untersuchung begann. Dank gilt jedoch ihrem Verein der Freunde und Förderer, der die Entstehung dieser Arbeit mit einer Spende unterstützt hat. Danken möchte ich in besonderer Weise den vielen Menschen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Institution lebten und arbeiteten und die durch ihre direkte und indirekte Beteiligung und dem Bereitstellen ihrer Sichtweisen dieser Untersuchung erst die Substanz gegeben haben.

Danken möchte ich auch meinen Patientinnen und Patienten sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern meiner Fortbildungen und Supervisionen, die durch ihre Erlebnisse, ihre Erfahrungen, ihr Wissen, ihre Fragen eine Resonanz gebildet haben, an der viele Ideen sich entwickelt haben. Ich habe die schöne Erfahrung machen dürfen, dass Ideen in Beziehung entstehen.

Namentlich danken möchte ich zunächst Prof. Dr. Rainer Trost, der die Betreuung dieser Arbeit übernommen hat. Er gab mir von Anfang an die nötige Sicherheit, um frei meine Ideen ausarbeiten zu können. Ich bin zu ihm gekommen auf Empfehlung von Dr. Heidrun Metzler, der ich für ihre Offenheit und Hilfsbereitschaft ebenfalls danken möchte. Schon vor dieser Arbeit hat sie gerne ihr Wissen und ihre Erfahrung zur Verfügung gestellt.

Herzlicher Dank gilt Gabi und Heiner Bartelt sowie Prof. Dr. Oliver Dickhäuser, die sich die Mühe der Korrektur gemacht haben und das Entstehen dieser Arbeit durch vielfältige Ideen und Rückmeldungen bereichert haben. Darin treffen sich alte und neue Freunde.

Danken möchte ich vielen Kolleginnen und Kollegen, die durch ihr Nachfragen, ihr Interesse, ihre Ideen und ihre Offenheit mich in diesem Prozess unterstützt haben: Anne Sand, Dr. Christina Heinrich, Prof. Dr. Sabine Schäper, Prof. Dr. Friedrich Dieckmann, Prof. Dr. Peter Rödler, Dr. Eric Weber und viele weitere.

Diese Danksagung gibt mir auch die Gelegenheit, mich bei den Menschen zu bedanken, die mir im Anschluss an meine Diplomarbeit vor über 10 Jahren meinen beruflichen Werdegang ermöglicht und mich darin unterstützt haben. Birgitta Pfeil konnte mir damals einen Freiraum zur Verfügung stellen, in dem ich meine berufliche Identität, meinen beruflichen Stil entwickeln konnte, der mich noch heute prägt. Friedrich Fabriz schenkte mir erstmals das Vertrauen, meine Gedanken auch vor vielen Menschen zu äußern und damit mehr Klarheit und Spaß am Reden zu gewinnen. Dr. Fred Christmann hat mir ermöglicht, als Dozent und Supervisor in der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mein Wissen und meinen Stil weitervermitteln zu dürfen. Und

schließlich hat Prof. Dr. Ulrich Elbing mir nach dem Diplom nicht nur seinen Arbeitsplatz in der Institution überlassen, sondern mir in einem Augenblick, als ich in Berlin unglücklich war, seine Praxis für Psychotherapie angeboten und mir damit ermöglicht, in Schwäbisch Gmünd nicht nur eine berufliche Heimat zu finden.

Nun kommt etwas Neues – ich freue mich darauf!

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	3
Inhaltsverzeichnis	5
Zusammenfassung	9
1. Einleitung: Deinstitutionalisieren in einem Spannungsfeld	10
1.1. Die Behindertenhilfe als Spannungsfeld.....	11
1.2. Das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit in der Arbeit mit Menschen mit herausforderndem Verhalten	12
1.3. Die Illustration des Spannungsfeldes von Sicherheit und Freiheit mit einem Modell der Synergetik.....	13
1.4. Das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit in anderen Diskursen.....	19
1.5. Zusammenfassung und Ausblick.....	21
2. Ausgewählte Diskurse über Menschen, die in Institutionen leben	25
2.1. Das Normalisierungsprinzip.....	25
2.2. Das Konstrukt Lebensqualität	28
2.2.1. Die objektive Sicht der Lebensqualität: die Lebensstandards	28
Exkurs 1. Leben im Heim – Der empirische Zugang zur Lebensqualität über den Vergleich von Lebensstandards.....	29
2.2.2. Die ökologische Sicht der Lebensqualität	32
2.2.3. Die subjektive Sicht der Lebensqualität: das Wohlbefinden	35
Exkurs 2. Leben im Heim – Die Befragung von Menschen, die in Institutionen leben.....	38
2.2.4. Die psychologische Sicht auf Wohlbefinden	41
Exkurs 3. Wohlbefinden im Alter – Die GOLD-Studie.....	48
2.3. Das Konstrukt Selbstbestimmung	49
2.4. Das Konstrukt Empowerment.....	55
2.5. Selbstbestimmung und Empowerment von und für Menschen, die in Institutionen leben ...	58
Exkurs 4. Therapeutische Beziehungsgestaltung für Menschen, die in Institutionen leben, durch Spiegeln.....	65
2.6. Zusammenfassung und Ausblick.....	69
3. Ausgewählte Diskurse über Menschen, die in Institutionen arbeiten.....	74
3.1. Humane Arbeit und ihre Persönlichkeitsförderlichkeit.....	74
3.2. Die objektive Sicht auf Arbeit: die Arbeitsbedingungen.....	77
3.3. Die subjektive Sicht auf Arbeit: die Arbeitszufriedenheit	79

Exkurs 5. Arbeiten im Heim – Die Arbeitsrealität in der Behindertenhilfe zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout.....	82
3.4. Die Gestaltung persönlichkeitsförderlicher Arbeit.....	90
3.5. Persönlichkeitsförderliche Arbeit in der Behindertenhilfe	100
Exkurs 6. Assistenz im Heim – Ein neues Selbstverständnis von Menschen, die in Institutionen arbeiten?.....	107
3.6. Zusammenfassung und Ausblick.....	110
4. Synthetische Erkenntnisse.....	114
4.1. Für Menschen, die in Institutionen leben.....	116
4.2. Für Menschen, die in Institutionen arbeiten	118
4.3. Für die Institutionen selber	120
5. Die Antwort: Deinstitutionalisieren	126
5.1. Begriffsklärung	126
5.1.1. Enthospitalisierung und Entpsychiatisierung.....	126
5.1.2. Umhospitalisierung	129
5.1.3. Dezentralisierung und Ambulantisierung	130
5.1.4. Deinstitutionalisierung und Deinstitutionalisieren.....	130
5.2. Historische Entwicklung in der BRD und der ehemaligen DDR	133
5.3. Internationaler Vergleich.....	138
5.4. Erfahrungsberichte und empirische Daten.....	142
5.4.1. Gründung Heilpädagogischer Heime im Rheinland und Hessen.....	144
5.4.2. Auflösung Klinik Kloster Blankenburg in Bremen	146
5.4.3. Deinstitutionalisieren in der Diakonischen Behindertenhilfe im Ev. Hospital Lilienthal	147
5.4.4. Behindertenbereiche der psychiatrischen Kliniken in Westfalen-Lippe.....	149
5.4.5. Soziale Eingliederung von langzeithospitalisierten, schwerst geistig behinderten Menschen mit autistischen Verhaltensweisen in eine heilpädagogische Einrichtung	151
5.4.6. Möglichkeiten des Übergangs vom Heim in gemeinwesenorientierte Wohnformen am Beispiel Annagarten (Oranienburg) (USTA).....	152
5.4.7. Enthospitalisierung aus den Bezirkskrankenhäusern in Bayern.....	155
5.4.8. Ein ‚Ort zum Leben‘ in der Ev. Stiftung Neuerkerode	157
5.5. Deinstitutionalisieren aus Sicht der Professionellen.....	158
5.6. Wirtschaftliche Fragestellungen um Deinstitutionalisieren	162
5.7. Zusammenfassung und Ausblick.....	165
6. Fragestellung	169
7. Untersuchung	171

7.1. Gegenstand und Projektbeschreibung	171
7.2. Methodischer Hintergrund.....	177
7.3. Untersuchungsdesign	180
7.3.1. Kontrollgruppe K1	181
7.3.2. Treatmentgruppe T1.....	181
7.3.3. Treatmentgruppe T2.....	182
7.3.4. Kontrollgruppe K2	184
7.4. Beschreibung der Stichprobe	185
7.4.1. Die Stichprobe aus der Zielgruppe Menschen, die in einer Institution leben.....	185
7.4.2. Die Stichprobe aus der Zielgruppe Menschen, die in einer Institution arbeiten	190
7.5. Beschreibung der Ergebnisindikatoren	191
7.5.1. Ergebnisindikatoren für Menschen, die in einer Institution leben.....	191
7.5.2. Ergebnisindikatoren für Menschen, die in einer Institution arbeiten	199
7.6. Die Hypothesen im Überblick.....	205
7.7. Datenerhebung.....	206
7.7.1. Datenerhebung für die Menschen, die in der Institution leben.....	207
7.7.2. Datenerhebung für die Menschen, die in der Institution arbeiten	207
7.8. Datenauswertung	208
8. Ergebnisse	209
8.1. Überprüfung der Hypothesen für die Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben.....	209
8.1.1. Gesundheitszustand	209
8.1.2. Aktivitäten	214
8.1.3. Erfassung von Stärken und positiven Botschaften	216
8.1.4. Heidelberger-Kompetenz-Inventar (HKI)	218
8.1.5. Screening psychischer Beschwerden mit der PAS-ADD Checkliste.....	222
8.1.6. Allgemeine Zufriedenheit in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in der Institution leben.....	225
8.2. Überprüfung der Hypothesen für die Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution arbeiten	227
8.2.1. Subjektive Arbeitsanalyse (SAA)	227
8.2.2. Teamklima.....	230
8.2.3. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen	234
8.2.4. Allgemeine Arbeitszufriedenheit in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution arbeiten.....	235

8.2.5. Ziele und Werte in der Arbeit der Menschen, die in der Institution arbeiten	238
8.3. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse	244
8.3.1. Für die Stichprobe aus der Zielgruppe Menschen, die in einer Institution leben	244
8.3.2. Für die Stichprobe aus der Zielgruppe Menschen, die in einer Institution arbeiten.....	248
9. Diskussion.....	253
9.1 Diskussion der empirischen Ergebnisse	253
9.2 Diskussion der theoretischen Ergebnisse	261
9.2.1 Attraktoren der Behindertenhilfe	263
9.2.2 Transitionen der Behindertenhilfe	274
10. Literaturverzeichnis.....	281
Anhang	315
A – Fragebögen, Anschreiben, Dokumente	315
B – Daten.....	333
C – Verzeichnis aller Abbildungen und Tabellen	343
C1 – Verzeichnis aller Abbildungen	343
C2 – Verzeichnis aller Tabellen.....	345

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Auswirkungen eines Projektes des Deinstitutionalisierens in der Behindertenhilfe auf die Menschen, die in der Institution leben und arbeiten. Hierzu wird das Deinstitutionalisieren theoretisch in das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit eingebettet. Dieses wird mit einem Bild der Systemtheorie illustriert und mit anderen Spannungsfeldern in benachbarten Diskursen verglichen. Unter diesem Fokus werden wesentliche Diskurse um Menschen, die in einer Institution leben und arbeiten, analysiert und synthetisch zusammen geführt. Es sind dies einerseits die Diskurse um Normalisierung, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Empowerment, andererseits um humane und persönlichkeitsförderliche Arbeit, Arbeitszufriedenheit sowie Arbeitsgestaltung. Als mögliche Antwort auf die sich daraus ergebenden Veränderungen in der Behindertenhilfe wird das Deinstitutionalisieren mit seinen historischen und internationalen Entwicklungen beschrieben. Die Erkenntnisse werden auf eine eigene empirische Untersuchung eines Projektes des Deinstitutionalisierens übertragen. Hierzu wurden 51 Menschen mit geistiger Behinderung und 13 Professionelle vor Beginn des Projektes und ein Jahr danach mit Hilfe einer Testbatterie zu differenzierten Ergebnisindikatoren befragt. Die beteiligten Personen befanden sich dabei in zwei untersuchten Treatmentgruppen (Deinstitutionalisieren durch a) Umzug in eine gemeinwesenintegrierte Wohnung vs. b) Veränderung der Wohnsituation innerhalb der Institution) und zwei Kontrollgruppen. Als wesentliches Ergebnis konnte festgehalten werden, dass Deinstitutionalisieren in dem untersuchten Projekt zu positiven Veränderungen in unterschiedlichen Aspekten von Lebensqualität der beteiligten behinderten Menschen führte, aber auch gesundheitliche Risiken in sich barg. Entsprechend ergab sich für die Professionellen eine Zunahme an differenzierten Aspekten persönlichkeitsförderlicher Arbeit bei gleichzeitiger Zunahme an Regulationsanforderungen. Insgesamt werden die Ergebnisse dahingehend interpretiert, dass bei ausreichender Sicherheit aller Beteiligten durch das Deinstitutionalisieren Räume so gestaltet werden können, dass sich mehr Möglichkeiten zur Nutzung von mit Freiheit einhergehenden Potentialen ergeben. Hierzu werden abschließend mögliche Fallen, aber auch Wege zum Umgang mit dem Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit diskutiert.

Der Mensch, der bereit ist, seine Freiheit aufzugeben,
um Sicherheit zu gewinnen, wird beides verlieren.
Benjamin Franklin

Wer Sicherheit der Freiheit vorzieht, ist zu Recht ein Sklave.
Aristoteles

Freedom's just another word for nothing left to lose.
Janis Joplin

Wir können unseren Patienten nicht gerecht werden,
solange wir die Dialektik des Widerstandes nicht erkennen.
Das dialektische Gegenteil des Widerstandes ist Beistand.
Die gleiche Festung, die dem Angreifer widersteht,
unterstützt den Verteidiger.
Fritz Perls

1. Einleitung: Deinstitutionalisieren in einem Spannungsfeld

Wenn Deinstitutionalisieren in dieser Arbeit in das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit eingebettet wird, geschieht dies vor dem Hintergrund seiner Bedeutung innerhalb des sich verändernden Systems der Behindertenhilfe. Es wird zu zeigen sein, dass Deinstitutionalisieren weit mehr beinhaltet als die Veränderung von Wohnformen für behinderte Menschen¹. Hierfür wird in der vorliegenden Arbeit zunächst eine theoretische Analyse vorgenommen, bevor empirische Daten aus einer eigenen Untersuchung vorgestellt werden.

Für die theoretische Analyse des Deinstitutionalisierens wird auf das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit zurück gegriffen. Dieses erscheint angemessen, um die Komplexität, die Ambivalenz und das dialektische Wesen, das helfenden Systemen generell innewohnt, zu beschreiben, wohl wissend, dass damit eine theoretische Tiefe angestrebt wird, die hier eher skizziert wird, als dass sie den Anspruch erhebt, vollständig ergründet zu sein. So werden zunächst die Begriffe und ihre Verwendung in der vorliegenden Arbeit erörtert. Hierzu werden unterschiedliche Diskursstränge vorgestellt, die dann im weiteren Verlauf der Arbeit auf wesentliche Diskurse innerhalb der Hilfen für behinderte Menschen sowie die sie begleitenden Professionellen übertragen werden. Es wird ge-

¹ ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ ist wohl die politisch korrekte Bezeichnung im wissenschaftlichen Kontext für Menschen, die sich selbst als ‚Menschen mit Lernschwierigkeiten‘ bezeichnen (z.B. Netzwerk People First). Jantzen (2003) und mit ihm auch Schäper (2006) verweisen darauf, dass mit der Bezeichnung ‚Menschen mit ...‘ ihnen wiederum ein Etikett angeheftet wird. Die eher traditionelle Verwendung des Begriffs ‚behinderte Menschen‘ beinhaltet dahingehend den transitiven Aspekt des behindert Werdens. Dabei soll hier auch auf einen weiteren Aspekt hingewiesen werden: Da wir Menschen in der Entfaltung ihrer Menschlichkeit behindern, und möglicherweise auch geistig behindern, behindern wir uns selbst. Es hat etwas mit dem anekdotischen Lehrsatz über unser Gehirn zu tun: „Wenn das Gehirn des Menschen so einfach wäre, dass wir es verstehen könnten, dann wären wir so dumm, dass wir es trotzdem nicht verstehen könnten“ (Gaarder, 1993). Übertragen bedeutet dies, solange eine Gesellschaft den sozialen Tatbestand der geistigen Behinderung benötigt, um Menschen zu klassifizieren und auszusondern, behindern wir nicht nur diese Menschen, sondern bleiben auch selbst in unserem Verständnis vom Menschsein behindert. Was genau die Zuschreibung ‚geistige Behinderung‘ beinhaltet, theoretisch, persönlich, phänomenologisch, auch mit seinen Konsequenzen, steht nicht im Zentrum dieser Arbeit (Abgrenzung 1). Sie werden als Menschen beschrieben, die in Institutionen der Behindertenhilfe leben, Welche Umstände sie dorthin gebracht haben, wäre Inhalt anderer Arbeiten. Hier werden demnach unterschiedliche Begriffe verwendet, je nach Kontext und Bedeutungspräferenz. Dies gilt auch für die Verwendung von männlichen und weiblichen Formen.

zeigt, dass das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit geeignet ist, um die Vielschichtigkeit pädagogischen und therapeutischen Handelns in diesem Tätigkeitsfeld abzubilden und zu bereichern. Diese Analyse findet ihren ersten Höhepunkt im vierten Kapitel mit synthetischen Erkenntnissen, mit denen die unterschiedlichen Diskursstränge zusammengefasst werden und die Anforderungen an eine sich verändernde Behindertenhilfe skizziert werden. Eine entsprechende Antwort, die in den vergangenen Jahren diskutiert wird, ist das Deinstitutionalisieren. Anschließend werden historische Entwicklungen und konkrete Erfahrungen um das Deinstitutionalisieren referiert und ebenfalls anhand des Analyseschemas Sicherheit versus Freiheit beleuchtet. Schließlich werden die eigenen empirischen Daten aus einer überwiegend quantitativ designten Studie eines beispielhaften Projektes des Deinstitutionalisierens unter diesen Aspekten beschrieben. In der Diskussion werden abschließend die unterschiedlichen Analysestränge wieder zusammen geführt und – als hinreichende Bedingung gelingender Veränderungsprozesse in Hilfesystemen – durch das Ausbalancieren dieser Pole das Spannungsfeld abgerundet.

1.1. Die Behindertenhilfe als Spannungsfeld

Deinstitutionalisieren beschreibt einen Prozess, der aufgrund vielfältiger praktischer Erfahrungen als ein Spannungsfeld innerhalb eines hoch komplexen Systems erlebt wird und als solches beschrieben werden kann. Dieses ergibt sich bereits aufgrund der unterschiedlichen Menschen mit ihren jeweiligen Erfahrungen und Erwartungen, die in diesen Prozess direkt und indirekt involviert sind, und der unterschiedlichen Strukturen, die auf die Beziehungen dieser Menschen und damit auf den Prozess des Deinstitutionalisierens einwirken.

Allein das Leben unter der Bedingung und Zuschreibung einer geistiger Behinderung kann dabei als Spannungsfeld erlebt und beschrieben werden, bei dem entsprechend der erweiterten Definition der ICF (WHO, 2001) Schädigungen auf der Ebene des Körpers und seiner Funktionen mit Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Aktivitäten und der Teilhabe interagieren. Dieses Wechselspiel der Ebenen interagiert wiederum mit Kontextfaktoren, wodurch mitunter der Tatbestand der „Behinderung“ überhaupt erst geschaffen wird. Behinderte Menschen stehen darüber hinaus in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen, worauf Klauß (2006) verweist, und auch Beck (1996) spricht – bezüglich der Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe – von einem „Spannungsfeld unterschiedlicher Interessenlagen“.

Die Professionellen der Behindertenhilfe befinden sich in einem weiteren Spannungsfeld, das durch unterschiedliche, teils widersprüchliche Anforderungen gekennzeichnet ist. Sie leisten dabei eine affektive Arbeit zugunsten der behinderten Menschen, die sie oft an den Rand ihrer verfügbaren internen und externen Ressourcen bringt und die damit eine Herausforderung an der Grenze zur Überforderung darstellt.

Die Träger der Institutionen der Behindertenhilfe schließlich befinden sich in einem dritten Spannungsfeld zwischen der Versorgung der individuellen Bedürfnisse der beheimateten und behinderten Menschen, der Erfüllung von Anforderungen als Arbeitsgeber und einem gesellschaftlichen Auftrag, der durch die gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen definiert ist. Dabei

stoßen sie in ihrer Anpassungsfähigkeit mitunter an eigene, gewachsene und historisch bedingte Strukturen und Traditionen, die sie in diesem Prozess behindern können.

Menschen, die in Institutionen leben, die Menschen, die in Institutionen arbeiten, und die Institutionen als Orte ihres Lebens und Arbeitens mit ihren Trägern sind darüber hinaus nur Akteure auf einer Bühne, die durch die Gesellschaft mit ihren kulturellen Werten erst ermöglicht und zugleich begrenzt wird. Leben unter den Bedingungen einer geistigen Behinderung, die Rolle der professionellen Begleitung dieser Menschen, die Struktur ihrer Versorgung in Institutionen, all dies sind jeweils für sich komplexe Systeme mit eigenen Spannungsverhältnissen, die in Beziehung zueinander gesetzt, eine ganz eigene Dynamik erhalten, entsprechend dem Lehrsatz von Aristoteles: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“².

Dieses komplexe System mit den beschriebenen Akteuren ist Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Dabei werden empirische Befunde aus der Analyse eines beispielhaften Prozesses des Deinstitutionalisierens vor dem Hintergrund theoretischer Überlegungen dargestellt und in bestehende Diskurse eingebettet. Dabei geht schon Beck (2000) davon aus, dass mit Möglichkeiten der empirischen Sozialforschung immer nur eine Annäherung an die komplexe Wirklichkeit erreicht werden kann: „Bedürfnislagen sind nicht statisch, sondern veränderlich und sie realisieren sich immer in Abhängigkeit von eigenen Fähigkeiten, Ansprüchen, Erfahrungen, aber auch den Ressourcen und Erwartungen des Umfeldes“ (S. 8).

Doch was ist das Wesen dieses Spannungsverhältnisses, das dem komplexen System Behindertenhilfe innewohnt? Für die vorliegende Untersuchung wird angenommen, dass es sich bei dem Spannungsverhältnis um die dialektische Beziehung von Sicherheit und Freiheit handelt. Diese theoretische Grundannahme und die damit verbundene Begrifflichkeit soll im Folgenden näher beschrieben werden. Dies wirkt wie eine Lupe: es ermöglicht eine tiefer gehende Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes, gleichzeitig begrenzt es das Blickfeld, so dass es erforderlich ist, diesen Fokus näher zu reflektieren.

1.2. Das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit in der Arbeit mit Menschen mit herausforderndem Verhalten

Ein erster Zugang zum Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit erfolgte bereits an anderer Stelle durch Erfahrungen des Autors aus der Arbeit mit Menschen mit herausforderndem Verhalten (Glasenapp & Elbing, 2007; vgl. auch Elbing & Glasenapp, 2005). Die Kernthesen der dortigen Verwendung sollen hier nochmals kurz zusammengefasst werden. Es konnte gezeigt werden, dass Sicherheit und Freiheit Bedingungen darstellen, die Menschen mit geistiger Behinderung und Professionelle gleichermaßen betreffen. Dabei ist die eigene Sicherheit als Stabilität, Schutz, Zuverlässigkeit, Halt, Ruhe oder Heimat unbedingte Voraussetzung für weitere Entwicklung. Nur wenn bestimmte Grundbedürfnisse erfüllt sind, können höhere Bedürfnisse verfolgt werden, worauf schon Maslow

² Selbstverständlich sind in der Behindertenhilfe weit mehr Subsysteme oder Akteure beteiligt, insbesondere Angehörige und das soziale Umfeld, die Nachbarn, die Subsysteme Bildung und Arbeit mit Schulen und Werkstätten, therapeutische Bereiche, das Gesundheitssystem, das sozialpolitische System und andere. So fragt Dieckmann im

1943 mit seiner Hierarchisierung von Bedürfnissen verwiesen hat. Ebenso stellt in der Arbeit mit traumatisierten und damit existenziell verunsicherten Menschen deren Stabilität und Sicherheit nicht nur die Voraussetzung für therapeutisches Arbeiten dar, sondern zugleich den Hauptinhalt (vgl. die Phasen der Traumatherapie nach Reddemann, 2001). Es wurde verdeutlicht, dass die Beziehung und ihre Gestaltung das wesentliche therapeutische Mittel der Stabilisierung ist. In diesem Zusammenhang verweist auch Escalera (2001) darauf, dass die Stabilisierung des Selbst Voraussetzung ist für Stabilisierung des Anderen. Damit wird deutlich, dass für die Beziehung wechselseitige Sicherheiten nötig sind: Verunsicherte Professionelle können Menschen mit herausforderndem Verhalten nur bedingt die nötige Sicherheit vermitteln, so wie gleichzeitig herausfordernde Verhaltensweisen zu einer Verunsicherung der Beteiligten beitragen (vgl. Elbing, 2002). Es wurde von Glasenapp und Elbing (ebd.) weiter darauf hingewiesen, dass, um diesen negativen Kreisläufen auf Beziehungsebene zu begegnen, Menschen, außer durch Beziehungen auch durch Strukturen in Raum und Zeit Sicherheit erfahren und hierzu entsprechende Programme vorliegen (vgl. z.B. den TEACCH-Ansatz, Mesibov, Shea & Schopler, 2005; Symalla, 2007).

Die genannten Sicherheiten wurden als notwendige Bedingungen von Veränderungs- und Entwicklungsschritten verstanden, aber nicht als hinreichende. Die hinreichende Bedingung von Veränderungsprozessen in der Arbeit für Menschen mit herausforderndem Verhalten findet sich in den Möglichkeiten der Freiheit, die sich in Selbstbestimmung, Kreativität und Humor ausdrückt und die es zu nutzen gilt. Auf der Basis von Sicherheit wurden demnach vielfältige stabile Strukturen – auch in den Hilfesystemen – geschaffen, die Entwicklungsprozesse ermöglichen sollen, aber durch ihre Begrenzungen auch Gefahr laufen, genau diese zu behindern. Herausfordernde Verhaltensweisen erscheinen dann als mehr oder weniger funktionale Schritte zur Beseitigung bestehender Grenzen (vgl. Jantzen, 2001).

Einerseits diese inneren und äußeren Begrenzungen von Menschen mit herausforderndem Verhalten und andererseits die entsprechenden Begrenzungen der Professionellen zu erkennen und geeignete Maßnahmen für ihre Überwindung zu entwickeln, wurde als Aufgabe für die pädagogisch-therapeutische Arbeit beschrieben: „Es gibt kein Patentrezept, wo sich der Einzelne im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Freiheit zu positionieren hat. Dies muss jeder aus der individuellen Situation und Konstellation heraus entscheiden. Dabei verstehen wir das Verhältnis von Sicherheit und Freiheit als dialektisch; es geht nicht um ein ausschließendes ‚entweder – oder‘, sondern um ein verbindendes ‚sowohl – als auch‘“ (Glasenapp & Elbing, 2007, S. 12).

1.3. Die Illustration des Spannungsfeldes von Sicherheit und Freiheit mit einem Modell der Synergetik

Nach diesem ersten Zugang zum Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit, das in positiven Erfahrungen des Autors aus seiner praktischen Arbeit begründet ist, soll eine Visualisierung vorgestellt werden, die dieses Spannungsfeld angemessen illustrieren kann. Hierzu wird auf Erkenntnisse

der modernen Physik, die Synergetik (Haken, 1982), zurück gegriffen. Diese bietet Heuristiken wie auch mathematische Analysemethoden, mit der die Komplexität dynamischer, sich selbst organisierender Systeme erfasst und beschrieben werden können.

Die entsprechenden physikalischen Überlegungen wurden bereits vielfach auf den Bereich systemisch-therapeutischer Arbeit übertragen und dort konzeptionell integriert (vgl. zum Überblick Ciompi, 1997; Schiepek, 1999), sie finden ihren Niederschlag aber auch in der Pädagogik (z.B. Köck, 1999; Kriz, 2000) und der Unternehmensberatung (z.B. Kruse, 2004)³. Vor diesem Hintergrund sollen diese Erkenntnisse auch hier verwendet werden, um geeignete Beschreibungsmöglichkeiten für die Komplexität des sozialen Systems der Behindertenhilfe und eines ihrer wichtigsten Spannungsfelder zu erhalten.

Ein Bild, das diese Dynamik von sich ändernden Systemen darstellt, ist das Bild einer Attraktor- oder Potentiallandschaft (vgl. Abbildung 1). Den Bergen und Tälern in dieser Bild entsprechen dabei unterschiedliche Ausprägungen der Stabilität des Systems. Im Tal befindet es sich in einem eher stabilen, begrenzten Zustand, auf dem Berg in einem instabilen, wie Ciompi (1997) beschreibt:

Insgesamt kann die selbstorganisatorische Dynamik komplexer Systeme also durch komplizierte Landschaftsformationen mit Bergspitzen oder -rücken, Scheidelinien, regelmäßigen oder unregelmäßigen trichterartigen Talmulden, Tälern – sogenannte *Potentiallandschaften* – dargestellt werden. Die dadurch modellierbare Systemdynamik entspricht damit in erster Annäherung dem Lauf von Wasser in einem hügeligen Gelände oder (weil unter Energiezufuhr auch Aufwärtsbewegungen möglich sind) besser noch den Trajektorien der (...) rollenden Kugel, welche sich bald unstabil auf einer Sattellinie oder gar, von äußeren Kräften vorübergehend festgehalten, auf einem Gipfelpunkt aufhalten, bald wieder sich in einem Attraktorbecken stabilisieren oder eine Zeitlang durch eine Talrinne auf ein anderes Attraktorbecken zurollen. – Allerdings haben derartige Veranschaulichungen eines komplizierten Systemgeschehens auch ihre Grenzen, denn abstrakte Potentiallandschaften haben keineswegs nur drei, sondern beliebig viele Dimensionen. Außerdem bleiben reale Landschaften zumindest kurzfristig stabil, während sich die „Reliefs“ von abstrakten Potentiallandschaften dynamisch verändern können. So mögen Attraktorbecken und -täler plötzlich tiefer (attraktiver) oder Bergkuppen höher (repulsiver) werden (S. 145 f., Hervorhebung im Original).

³ Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass die unreflektierte Verwendung naturwissenschaftlicher Modelle in postmodernen Diskursen auf deutliche Kritik gestoßen ist (Sokal & Bricmont, 1999). Die Illustration der Komplexität dynamischer Systeme mit Hilfe eines Modells der Synergetik darf hier nicht zu einer Verschleierung realer Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse führen.

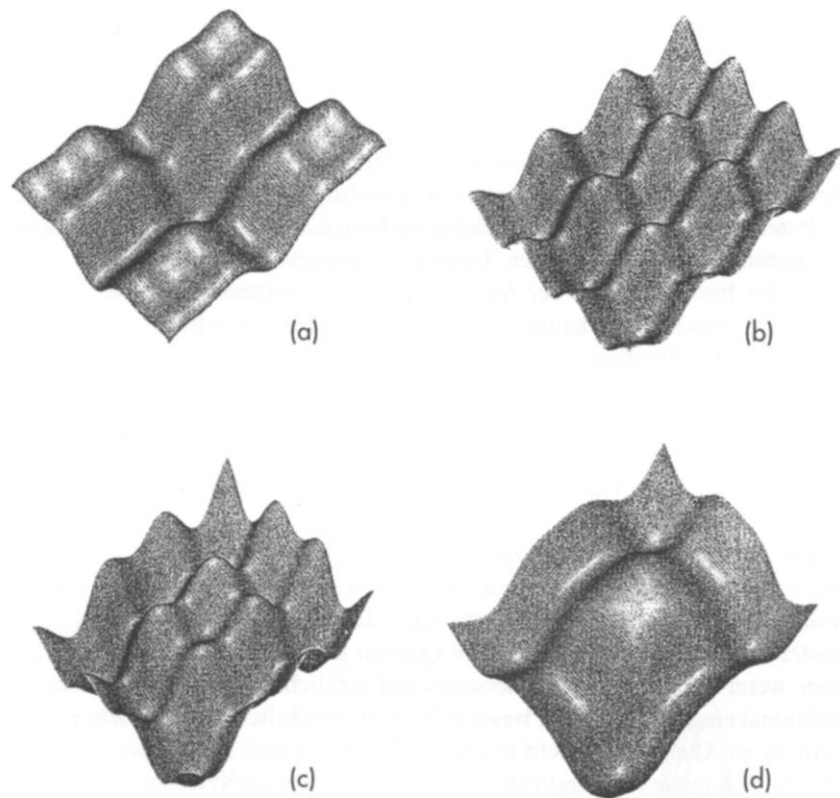


Abbildung 1. Darstellung einer sich verändernden Potentiallandschaft: Die Potentialtäler repräsentieren unterschiedlich ausgeprägte und stabile Attraktoren (dynamische Muster) des Systemverhaltens (aus: Schiepek, Fricke & Kaimer, 1992, S. 244)

Dabei wird die Landschaft mit seinem Muster und seiner Stabilität durch zwei Parameter bestimmt. Die Kontrollparameter sind die Rahmenbedingungen des Systems, die auf das System einwirken; im komplexen Modell des Wetters können dies beispielsweise Temperatur oder Luftfeuchtigkeit sein. Die Ordnungsparameter sind umgrenzte strukturbildende Elemente innerhalb des Systems, die zunächst nebensächlich, unter bestimmten Bedingungen aber das gesamte System in seiner Gestaltung bestimmen können, z.B. im Wettersystem ein kleiner Wirbel, der sich zu einem Wirbelsturm entwickelt. Schiepek (1999) fasst zusammen:

Die Einwirkung eines oder mehrerer Kontrollparameter führt zur Entstehung kohärenter Verhaltens- und Funktionsmuster (sog. Ordnungsparameter). Selbstorganisierende Systeme sind ebenso operativ geschlossen wie thermodynamisch und energetisch offen (energieverbrauchend bzw. dissipativ). Neben der Wirkung von externen und internen Kontrollparametern auf die mikroskopische und/oder makroskopische Systemebene ist auch eine Rückwirkung des Systemverhaltens (Ordnungsparameterdynamik) auf die Kontrollparameter zu erwarten (S. 268).

Dynamische Systeme wirken somit auf ihre eigenen Ausgangsbedingungen zurück. Dabei ist von einem komplexen Wechselspiel zwischen ‚inneren‘ und ‚äußeren‘ Faktoren auszugehen, wobei sich die Unterscheidung von innen und außen in der Komplexität verliert bzw. letztendlich vom jeweiligen Standpunkt des Betrachters abhängt. Um die Implikationen dieser Betrachtungsweise für das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit nachzuvollziehen, ist es notwendig, den Blick zu weiten,

auch wenn dies hier nur als Skizze vorgestellt werden kann, die im weiteren Verlauf der Arbeit auszumalen sein wird.

Denn historisch betrachtet löst sich in diesem Wechselspiel von inneren und äußeren Faktoren der Dualismus auf zwischen Hegels Vorstellung im Idealismus, „das Bewusstsein bestimmt das Sein“ und seiner vom Kopf auf die Füße gestellten Vorstellung im dialektischen Materialismus von Marx und Engels, „das Sein bestimmt das Bewusstsein“. Es kann somit ein dialektischer Prozess beschrieben werden, den der junge Marx 1845 in der 3. Feuerbachthese beschreibt: „Das Zusammenfallen des Ändern[s] der Umstände und der menschlichen Tätigkeit oder Selbstveränderung kann nur als *revolutionäre Praxis* gefasst und rationell verstanden werden“ (Marx, 1958, S. 6, Hervorhebung im Original).

Das hier beschriebene Zusammenfallen zweier Veränderungsprozesse und ihrer gegenseitigen Bedingungen wurde vielfältig untersucht und beschrieben. Wir sind demnach nicht nur Objekte der materiellen, kulturellen und historischen Umstände, in denen wir leben, sondern können als Subjekte in diese Umstände hinein wirken, sie beeinflussen und (mit-) gestalten.

Landenberger und Trost (1988) fassen dies in der Formulierung „Verhalten in Verhältnissen“ zusammen. Sie zeigen in ihrer soziologischen Untersuchung zu Lebenserfahrungen im Erziehungsheim, dass das Verhalten der Kinder und Jugendlichen nicht nur Folge ihrer Lebensumstände ist. Diese bringen ihre jeweilige Geschichte mit ins Heim und entwickeln unter den Heimverhältnissen differenzierte Identitäten und eine eigene Subkultur, mit der sie ihre Lebensrealität bewältigen.

Für die kognitive Entwicklung eines Menschen beschreibt Piaget (1974) diese wechselseitigen Prozesse als Assimilation, die Einverleibung eines Gegenstandes in ein vorhandenes Schema, und Akkommodation, die Anpassung des Schemas an die Situation oder den Gegenstand. Diese gegenseitigen Prozesse erfordern ein ständiges Ausbalancieren, oder wie es Piaget bezeichnet, einen Äquilibrationsprozess, um zu stabilen und komplexen (kognitiven) Schemata zu gelangen.

Kriz (2000) stellt die Verbindung zwischen Systemtheorie und der Theorie Piagets wie folgt her:

Die komplexe, rückgekoppelte Vernetzung von Prozessen so wie die dynamische Entwicklung von kognitiven Strukturen (Schemata), die von Piaget ausdrücklich betont werden, stellen auch die zentralen Grundlagen der Synergetik dar. Piaget war zudem der Auffassung, dass dieser Strukturbildungsprozess einem fließenden Gleichgewicht (kognitive Äquilibration) zustrebt. Dieser Gleichgewichtszustand wurde mit dem systemwissenschaftlichen Begriff Attraktor benannt. Der Begriff Schemata entspricht somit aus systemischer Sicht dem Begriff Attraktor im weitesten Sinne (S. 92 f.).

Wieder in der Sprache der Systemtheorie: Die Konzepte und Vorstellungen über die eigene Person bedingen sich wechselseitig mit den Vorstellungen und Konzepten über unsere Umwelt, bestehend aus den Objekten, Personen, Gegenständen, mit denen wir zu tun haben. Aus diesem Zusammenwirken von Vorstellungen über innen und außen resultiert ein handlungsleitendes „Beziehungsschema“ (Schiepek, 1999, S. 185), wie ich mich gegenüber der Umwelt und ihren Objekten verhalten werde und was ich diesbezüglich erwarte.

Innerhalb der systemischen Therapie wird die Persönlichkeit eines Menschen somit als eine „Potentiallandschaft der integrierten Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster (Funktionsmuster oder Attraktoren) eines Individuums“ (ebd., S. 49) verstanden. Demnach können Attraktoren oder Mulden der

Potentiallandschaft sowohl Denk- und Erlebensmuster (Schemata), als auch komplexe Verhaltens- und Kommunikationsmuster sein, die jeweils durch ein bestimmtes Wechselspiel äußerer und innerer Gegebenheiten aktivierbar sind.

Lernen entsprechend dieser Modellvorstellung – sowohl im pädagogischen wie auch im therapeutischen Sinne – beruht vorrangig auf der Unterstützung und Ermöglichung selbstorganisierter Entwicklung neuer Attraktoren (Verhaltensmuster), „wobei sich die bislang entwickelten kaum je vollständig auflösen, sondern – bei seltener Aktivierung allerdings in weniger einflussreicher Form – weiterhin als Potential verfügbar bleiben“ (ebd., S. 269). Wiederholte Erfahrungen verstärken vorhandene Attraktoren und wirken so auf die gesamte Potentiallandschaft. Je stabiler ein Attraktor ist, umso tiefer erscheint das Tal in der Potentiallandschaft oder – auf der anderen Seite – umso mehr Energie ist nötig, um ihn, den Attraktor, zu verändern bzw. neue zu aktivieren.

Darüber hinaus entwickeln diese Stabilisierungsprozesse eine selbst verstärkende Eigendynamik, die sich von den anfänglichen Anstößen und Ursachen entkoppeln kann. So konnte Schiepek (1991) anhand der Simulation von Depressionsverläufen zeigen, dass das Senken einer ursprünglich hohen Belastung durch Anforderungen des familiären Umfeldes nach dem Entstehen entsprechender depressiver Schemata und Verhaltensmuster einer Person kaum noch positiven Einfluss auf den weiteren Verlauf der depressiven Entwicklung zeigte.

Bei der Analyse dynamischer Systeme kommt gerade den Übergängen von einem Tal zum nächsten, also dem Wechsel eines Attraktors, große Bedeutung zu, denn dafür muss bildhaft gesprochen die Kugel einen Berg überwinden. Auf der Bergkuppe selber befindet sich die Kugel dann aber in einem äußerst instabilen Zustand, bei dem nur bedingt vorhersagbar ist, welche Richtung die Kugel nehmen wird. Der weitere Verlauf hängt dann mitunter von einer Vielzahl an Einflussfaktoren ab, bei dem es schwierig wird, zwischen einem „hochdimensionalen Chaos, also einem letztlich deterministischen Prozess, und Zufall“ (Schiepek, 1999, S. 50) zu unterscheiden. „Von einem bestimmten Punkt der Komplexität einer Systemdynamik erscheint somit als Freiheit, was ‚objektiv‘ durch eine nicht mehr fassbare Zahl von einzelnen Determinismen konditioniert sein mag. (...) Gerade diesen Sachverhalt erleben wir als subjektive Gedankenfreiheit – und mit dieser subjektiven Gedankenfreiheit *müssen* wir nicht nur, sondern *können* wir auch leben“ (Ciompi, 1997, S. 333, Hervorhebung im Original).

Dynamische Systeme erfordern eine eigene Herangehensweise sowohl in der Analyse als auch in der praktischen Arbeit. Schiepek (1997) spricht hierbei von einer erforderlichen „Systemkompetenz“. So bedeutsam Ziele im pädagogischen und therapeutischen Arbeiten sind, da sie mögliche Attraktoren darstellen und somit Unsicherheiten reduzieren, so schwierig wird ihre planmäßige Verfolgung in sich selbst organisierenden Systemen. Luhmann (1988), der Begründer der soziologischen Systemtheorie, erinnert in diesem Zusammenhang an die große Bedeutung des Beobachtens:

Man sollte nicht einen Plan haben, den man durchführen will, sondern auf Gelegenheiten warten: Wann ergibt sich ein Moment, der sofort wieder verschwindet, in dem man sagen kann, was man niemals vorher und niemals hinterher mit der Überzeugungskraft, die sich aus diesem Moment ergibt, sagen kann. Man müsste eine Art Systemplanung haben, die nicht vorher die Mittel ausdenkt, mit denen man etwas bewirken will – das System ist in dem Zustand T1, ich will es zu T2 haben. Stattdessen sollte man sich eine Technik der Beobachtung von Gelegenheiten, die sich ergeben oder nicht ergeben, aneignen und diese Gelegenheiten dann ausnutzen (S. 129).

Auch Piaget (1960) unterstrich die Bedeutung und Schwierigkeiten des Beobachtens:

The good experimenter must, in fact, unite two often incompatible qualities; he must know how to observe, that is to say, to let the child talk freely, without ever checking or side-tracking his utterance, and at the same time he must constantly be alert for something definite; at every moment he must have some working hypothesis, some theory, true or false, which he is seeking to check. When students begin they either suggest to the child all they hope to find, or they suggest nothing at all, because they are not on the look-out for anything, in which case, to be sure, they will never find anything (p. 9).

Zur Übertragung des naturwissenschaftlichen Bildes der Potentiallandschaft nun auf das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit:

In komplexen, dynamischen Systemen bestehen Potentiale, die stabilisierend wirken, indem sie das zu realisierende Systemverhalten anziehen (Attraktor), und destabilisierend wirken, indem sie Phasenübergänge, Scheidewege (Repulsoren) darstellen.

Der eine Zustand, bildhaft die Kugel im Tal, kann allegorisch beschrieben werden als ein stabiler Zustand, als ruhend, gehalten, begrenzt, geschützt, als sicher. Der andere Zustand der Kugel auf der Bergkuppe kann beschrieben werden als instabil, wackelig, unruhig, mit Überblick und vielen Möglichkeiten versehen, als frei.

Für sich selbst organisierende, komplexe Systeme gilt dabei, dass es Kräfte gibt, die auf eine ordnende Stabilisierung des Systemzustands hinwirken, und andere Kräfte, die eher destabilisierend wirken. Freiheit wird dabei als ein instabiler Prozess verstanden, der zu einer Neuorientierung und Neuorganisation von Potentialen führt.

Freiheit als Denk- und Verhaltensmuster kann zwar an sich auch wieder einen Attraktor darstellen, der einem Sicherheit gibt, er wird aber, sobald er wirksam wird, das System in seinen Möglichkeiten erneut begrenzen. Freiheit erscheint in diesem Zusammenhang nicht als Zustand, sondern als Phase des Übergangs von einem sicheren Zustand in den nächsten. Anders ausgedrückt, um das Dilemma zu fassen: Ein Mensch, der frei sein muss, kann nicht frei sein. Freiheit, die den Zwang zur Freiheit beinhaltet, kann entsprechend keine Freiheit sein.

Vor diesem Hintergrund stellen Sicherheit und Freiheit die Pole zweier unterschiedlicher Systemzustände dar, die einem ständigen Wandel unterliegen und durch Erfahrung (Lernen) veränderbar sind. Dabei lassen sich zwei grundsätzliche Schwierigkeiten von Veränderungsprozessen gut illustrieren: a) Veränderung benötigt Energie. Egal ob die Energie von innen oder außen dem System zugeführt wird, ohne Energie wird sich die Potentiallandschaft nicht verändern. Die Kugel als Ausdruck des aktuellen Systemzustands muss also – in diesem Bild – immer einen Berg überwinden, um in ein neues Tal zu gelangen. b) Veränderungsprozesse durchlaufen immer eine Phase der Verunsicherung. Dies geschieht immer dann, wenn die Kugel die Bergkuppe erreicht. In diesem Zustand befindet sich das System in einem Zustand mit zahlreichen Freiheitsgraden. Der weitere Weg der Kugel hängt dann von vielen, oft unkontrollierbaren Faktoren ab und entzieht sich damit einer zielgerichteten Beeinflussung von außen. Denkbare – und im therapeutischen Zusammenhang gelegentlich beobachtbar – ist es, dass die Kugel wieder in das Tal rollt, aus dem sie hinaus wollte.

Es wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch zu zeigen sein, dass auch Veränderungen im komplexen, dynamischen, sozialen System der Behindertenhilfe immer wieder auf die eigenen Ausgangsbedingungen zurückwirken. Auch hier gilt, dass mit der Etablierung von Veränderungsprozessen eine gewisse Anstrengung verbunden ist sowie Phasen der Verunsicherung, der Instabilität durchlaufen werden. Dabei besteht die Gefahr, in bekannte Zustände oder Täler (zurück) zu geraten. Dies betrifft im Besonderen auch zunächst innovative Veränderungsprojekte wie das Deinstitutionalisieren, die wie eine Veränderung der Kontrollparameter auf das System einwirken. Ohne Berücksichtigung der dem System inhärenten Ordnungsparameter jedoch kann es passieren, dass das innovative Potential verbraucht wird und traditionelle Vorstellungen, die es zu überwinden galt, wieder wirksam werden. Die weitere Analyse um das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit beim Deinstitutionalisieren wird sich also darum bemühen, die in der Behindertenhilfe wirksamen Traditionen und Innovationen dahingehend zu überprüfen. Zunächst aber zu einem erweiterten Blick auf das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit.

1.4. Das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit in anderen Diskursen

Das dialektische Verhältnis von Sicherheit und Freiheit wird auch in anderen Zusammenhängen diskutiert, deren Verständnis für die weitere Analyse des Deinstitutionalisierens bedeutsam ist. Einige dieser Diskussionsstränge werden weiter unten in der Analyse wichtiger Diskurse über Menschen, die in Institutionen leben und arbeiten, wieder aufgegriffen.

Aktuell findet sich das Begriffspaar vorrangig in der politischen Diskussion um die gesellschaftlichen Veränderungen nach den Anschlägen vom 11.09.2001 auf das World-Trade-Center. In der Folge haben die USA, deren Ziel Freiheit verfassungsmäßig tief verwurzelt ist, durch viele Maßnahmen zugunsten von vermeintlich mehr Sicherheit die Freiheitsrechte der Bürgerinnen und Bürger eingeschränkt. Auch in der Bundesrepublik Deutschland werden Einschränkungen von Rechten mit einem nötigen Mehr an Sicherheit begründet, z.B. bei der Videoüberwachung öffentlicher Plätze (Hölscher, 2003). Freiheit und Sicherheit werden dabei als gesellschaftliche Werte verstanden, deren Sicherstellung zu einer staatlichen Aufgabe wird (Bulmahn, 2000). Zuletzt kommentiert Thebrath am 11.03.2008 für die Tagesschau die ablehnende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts über die automatische Registrierung von Autokennzeichen ohne Verdachtsmomente mit den Worten „Überwachte Freiheit ist keine Freiheit. (...) Ja, es gibt ein Spannungsfeld zwischen den Polen ‚Freiheit‘ und ‚Sicherheit‘. Natürlich will auch ich einen Staat, der uns Bürger schützt. Aber diese Sicherheit muss abgewogen werden mit unserem Grundrecht auf Selbstbestimmung. Wer grenzenlos und flächendeckend überwacht, speichert, sammelt und kontrolliert, verändert unser Zusammenleben“ (Thebrath, 2008).

Das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit findet sich aber auch in Überlegungen über das Wohnen. Das eigene Haus wird mit Geborgenheit und Sicherheit verbunden, es bedeutet aber auch ein Festgelegt-Sein, es schränkt als Immobilie unsere Flexibilität ein und wird zu einem Stück Unfreiheit. Hirsch (2006) versteht das Haus als einen Kristallisationspunkt im ambivalenten Konflikt zwischen Bedürfnissen nach Autonomie und Abhängigkeit. Auch Studenten versuchen, widersprechende Bedürfnisse nach Freiheit und Geborgenheit in individuell unterschiedlicher Gewichtung

miteinander zu vereinbaren, und wählen vor diesem Hintergrund unterschiedliche Wohnformen (Berner & Rentzsch, 1989).

Dieser Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit kann als Erweiterung des Spannungsfeldes von Sicherheit und Freiheit verstanden werden, wobei Abhängigkeit nicht die Antithese zu Autonomie darstellt, sondern eher die Bindung. Wie die Bindungstheoretiker zeigen, ist das Bindungssystem dem Erkundungssystem komplementär zugeordnet. Ein 1-2 jähriges Kind, das sich sicher gebunden fühlt, wird seine Umwelt – mit Rückversicherungsblicken zur sicheren Ausgangsbasis – weiter und genauer erkunden als ein Kind, das unsicher gebunden ist (Bowlby, 1972; 1995; 2008). Bindungen stellen somit die psychische Sicherheit dar, auf deren Basis wir unsere Beziehungen gestalten (Grossmann & Grossmann, 2005). Aber auch für Erwachsene scheinen ambivalente Bedürfnisse fort zu bestehen. Vogt-Heyder (1987) zeigt, dass die Ehe den Gegensatz zwischen dem individuellen Wunsch nach Freiheit und Selbstentfaltung und der gleichzeitigen Sehnsucht nach äußerer und innerer Sicherheit als Dauerkonflikt in sich birgt (vgl. auch Borries, 1986; Stein, 1983). Immer wieder wird dabei besonders im psychoanalytischen Kontext betont, eine Balance dieser Bedürfnisse herzustellen und mit dem Konflikt einhergehende Ängste zu reflektieren (Kast, 1984; Strasser, 1986). Mit Sennett (1998) erinnert Stinkes (2000) daran, dass Angst vor Abhängigkeit unser Vertrauen nicht festigt, sondern „sie untergräbt es und ersetzt es durch Misstrauen oder durch das Fehlen von Vertrauen“ (S. 183).

Auch in anderen Therapierichtungen finden sich Verweise auf das Spannungsfeld: So fragen Funke, Kühn und Stachura (2006) aus logotherapeutischer Sicht auf das Alter, „wie viel Sicherheit verträgt die Freiheit“? Und Hansen und Heindl-Opitz (2005) stellen Elternarbeit bei verhaltensauffälligen Kindern aus gestalttherapeutischer Sicht in dieses Spannungsfeld.

Was in dem ambivalenten Konflikt von Autonomie und Bindung deutlich wird, ist die Grundannahme vom Menschen als sozialen Wesen. „Es ist in seinen Lebensvollzügen, aber auch in der permanenten Konstitution seines Selbst und seiner Identität auf ein ‚Du‘, auf eine soziale Gemeinschaft angewiesen“ (Schiepek, 1999, 45)⁴. Wir entwickeln uns in Beziehungen, diese Beziehungen prägen unser Bild von der Welt und von uns selbst, oder wie Celan es 1948 in seinem Gedicht Lob der Ferne formuliert, „ich bin du, wenn ich ich bin“ (vgl. zum sozialen Wesen des Menschen auch Buber, 1983).

Und in erweiterten Konzepten von Gesundheit, wie der Salutogenese von Antonovsky (1997), werden als notwendigen Bedingungen von intraindividuellen Anforderungen – von ihm als Sinnhaftigkeit, Kontrollierbarkeit und Verstehbarkeit gefasst – die Verfügbarkeit über Bezugspersonen bzw. die Einbindung in ein soziales Netz formuliert. Eine Balance zwischen diesen Bedürfnissen zu finden, scheint somit nicht nur die entscheidende Beziehungsaufgabe darzustellen, sondern darüber hinaus wesentlich unsere Gesundheit zu bedingen.

Für das Menschsein bedeutet somit: Autonomie ohne Bindung führt zur Einsamkeit. So wie Bindung ohne Autonomie in Dependenz mündet.

⁴ Wir können uns schließlich auch nicht selbst zur Welt bringen, wie Labitzke (2008) pointiert beschrieben hat.

Über die Ich-Du-Beziehungen hinaus kann das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit auch in einen größeren kulturellen Zusammenhang gestellt werden.

Mit gesellschaftlichen, neoliberalen Individualisierungsprozessen geht die Vorstellung eines selbstbestimmten, freien Subjektes einher, wobei dieser Zugewinn an individuellen Freiheiten selbst zu einem Zwang werden kann. So spricht Göpel (1991) von der Schattenseite der mit der Emanzipation des Bürgertums einher gehenden Individualisierungsprozesse: „Das Gefühl existentieller Vereinamung und die Konfrontation mit der Notwendigkeit eines individuell zu bestimmenden Lebenssinnes“ (S. 3), das zu einer Verinnerlichung von Lebenszwängen führt. Und auch Stinkes (2000) fasst als Schattenseite des neoliberalen Pflichtprogramms zusammen: „Für sich Sorge tragen ist ein Dürfen, aber eben auch ein Müssen, das aufnötigt, Sinnggebung zur privaten Angelegenheit des einzelnen ‚kompetenten Akteurs‘ zu machen“ (S. 181). Die Freiheit kann dann zu einer psychischen Anforderung führen, die den Einzelnen verunsichert und überfordert. Es entsteht Angst und mit der Angst wird immer der Wunsch nach Sicherheit einher gehen. Gleichzeitig lösen sich im Rahmen dieser gesellschaftlichen Prozesse vorhandene Beziehungsstrukturen auf und verstärken die individuellen Bestrebungen nach Freiheit. „Die Flexibilitätsforderung tilgt die Sehnsucht nach einem festen Ort und diskreditiert zugleich Vertrauen und Verpflichtung“ (S. 182).

Erst langsam entwickeln sich aus diesem Diskurs der gesellschaftlich konstituierten Individualisierungsprozesse gegenläufige Vorstellungen heraus (vgl. Bourdieu, 2004). Dabei stoßen beispielsweise Hardt und Negri (2002) mit ihrer Analyse des „Empire“ als neuer Weltordnung auf viel Zuspruch, da sie mit der Konzeptionalisierung der Multitude⁵ ein neues Gefühl von Gemeinschaft in einer zunehmend fragmentierten Welt fördern.

1.5. Zusammenfassung und Ausblick

Wenn hier das Deinstitutionalisieren in das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit eingebettet wird, geschieht dies unter den Annahmen:

- a) Bei der Behindertenhilfe handelt es sich um ein komplexes, dynamisches, sich selbst organisierendes System mit den im Rahmen dieser Untersuchung näher fokussierten Elementen Menschen, die in Institutionen leben, Menschen, die in Institutionen arbeiten, und den Institutionen selber als den Orten, an denen sie zusammen kommen.
- b) Deinstitutionalisieren ist ein Prozess, der in dieses System hineinwirkt und bei dem unterschiedliche Kontrollparameter und Ordnungsparameter komplex interagieren. Als Kontrollparameter der Behindertenhilfe werden dabei die Rahmenbedingungen verstanden, mindestens aber die räumliche und zeitliche Struktur, die Struktur ihrer Finanzierung und der Gesetze, die

⁵ Die Multitude besteht aus „Singularitäten, die gemeinsam handeln“ (Hardt & Negri, 2004, S. 123). Sie „ist ein Netzwerk, ein offenes Beziehungsgeflecht, ein Feld von Singularitäten, das nicht homogen oder mit sich identisch ist. Sie ist zu unterscheiden vom ‚Volk‘ und der Arbeiterklasse, dem jeweils ein einheitlicher Willen unterstellt wird und von der formlosen, formbaren Masse. Sie soll dezidiert nicht ein ‚neues revolutionäre Subjekt‘ sein, das der Herrschaft des Empire entgegensteht. In Anlehnung an Marx ist die Multitude dennoch eine politische Klasse, die dadurch ein kollektives Ganzes wird, dass sie gemeinsam kämpft. Ziel des Kampfes ist grob gesagt die vollständige Demokratisierung der Weltgesellschaft“ (Wikipedia, Stichwort: Multitude, Zugriff am 28.02.2009).

das System von außen stabilisieren. Als Ordnungsparameter werden die der Behindertenhilfe inhärenten Denk-, Verhaltens- und Funktionsmuster verstanden, die das System von innen heraus stabilisieren.

- c) Deinstitutionalisieren ist ein Prozess, der durch die Gestaltung von Rahmenbedingungen und damit der Strukturen auf die psychischen Repräsentationen der beteiligten Menschen einwirkt, die diesen Prozess jedoch selber mitgestalten.
- d) Deinstitutionalisieren ist ein Prozess, der jedoch nicht nur auf einzelne Menschen wirkt, sondern vielmehr auf ihre Beziehungen und die Art ihrer Gestaltung.

Es wird zu zeigen sein, dass sich das Deinstitutionalisieren in diesem skizzierten Spannungsfeld bewegt. Die Behindertenhilfe hat dabei traditionell den Sicherheitsaspekt favorisiert. Dies ist zum Einen verständlich, zumal die Sicherheit von Menschen mit geistiger Behinderung durch ihre körperlichen Schädigungen, funktionellen Beeinträchtigungen und sozialen Ausgrenzungen fortlaufend beeinträchtigt ist. Dies ist zum Anderen zu begrüßen, zumal gerade die deutsche Vergangenheit zeigt, dass die Sicherheit von Menschen mit geistiger Behinderung auch vielfältigen Risiken von außen ausgesetzt ist, bis hin zur Negierung ihrer Existenzberechtigung und ihrer Vernichtung. Die Betonung des Sicherheitsaspektes wirkt heute jedoch über Strukturen und Beziehungen in die Selbstkonzepte der beteiligten Menschen und behindert möglicherweise die Nutzung von mit Veränderungsmöglichkeiten einher gehenden Potentialen, wie in dieser Arbeit noch weiter ausgeführt wird.

Es wird zu zeigen sein, dass individuelle Anregungen zur Nutzung der mit Freiheit einhergehenden Potentialen in restriktiven Räumen auf Schwierigkeiten stoßen, so dass zu der Gestaltung von „humanen Räumen“ (Rödler, 2000, 2008) auf der Basis der Erweiterung von Möglichkeiten – wie sie mit dem Konzept des Deinstitutionalisierens beschränkt werden soll – keine Alternative besteht. Dabei ist davon auszugehen, dass jeder entsprechende Veränderungsschritt Energie benötigt und mit Anstrengung verbunden sein wird. Zudem ist davon auszugehen, dass – wie bei jedem Veränderungsprozess – eine Phase der Unsicherheit zu durchlaufen sein wird, in dem das System sehr labil ist. Dann kann es sein, dass das System aufgrund seiner inhärenten Ordnungsparameter auch wieder in seinem Ursprung ähnliche Zustände zurück fällt.

Es wird zu zeigen sein, dass die gewachsenen Strukturen der Behindertenhilfe – verstanden als die Kontrollparameter eines dynamischen Systems – in Wechselwirkung mit Ordnungsparametern stehen, die in die Beziehungsgestaltung der involvierten Menschen hineinwirken, z.B. in Form von Hilfeleistungen und sozialer Abhängigkeit, und darüber die individuellen Denk- und Verhaltensmuster prägen. Es droht dabei die Gefahr, dass diese Denk- und Verhaltensmuster eine Eigendynamik entwickeln und sich reproduzieren, selbst dann, wenn auf Ebene der Kontrollparameter Veränderungen im Sinne des Deinstitutionalisierens vorgenommen werden. Daher müssen Veränderungsprozesse wie das Deinstitutionalisieren nicht nur an den strukturellen Rahmenbedingungen ansetzen, sondern gerade auch die zugrunde liegenden Denk- und Verhaltensmuster – und damit die Haltung aller Beteiligten – fokussieren.

Es wird zu zeigen sein, dass wenn sich die Behindertenhilfe als dynamisches System versteht, sie und damit die beteiligten Menschen sich der Reflexion ihrer eigenen, teilweise versteckten Ordnungsparameter stellen müssen, die auf ihre tagtäglichen Entscheidungen und ihr Handeln einwirken. Das Vorgehen in der vorliegenden Arbeit, dass sich darum bemüht, sich einer Beschreibung der

inhärenten Ordnungsparameter der Behindertenhilfe zu nähern, sieht sich dabei angeregt durch eine Foucault'sche Tradition des Denkens, ohne eine entsprechende Tiefe anzustreben: „Ich versuche eben zu diagnostizieren: die Gegenwart zu diagnostizieren. Ich versuche zu sagen, was wir heute sind und was es jetzt bedeutet, das zu sagen, was wir sagen. *Dieses Graben unter unseren Füßen* charakterisiert seit Nietzsche das gegenwärtige Denken" (Foucault, 1978, S. 13 f., Hervorhebung J.G.).

Dieses Denken findet sich auch bei Bourdieu (1998b), der „mit seinem Konzept des Habitus auf die unbewusst wirkende Infiltrierung des Denkens und Handelns sozialer Akteure durch macht- und interessegestützte gesellschaftliche Deutungsmuster sozialer Phänomene hingewiesen" (Gröschke, 2004, S. 1) hat. Der Habitus beschreibt dabei die Wahrscheinlichkeit oder Potentialität, mit der ein sozialer Akteur in einer bestimmten sozialen Situation etwas Bestimmtes denkt oder tut. „Der Habitus erfüllt eine Funktion, die in anderen Philosophien dem transzendentalen Bewusstsein überlassen wird: Es ist ein sozialisierter Körper, ein strukturierter Körper, ein Körper, der sich die immanenten Strukturen seiner Welt oder eines bestimmten Sektors dieser Welt, eines Feldes, einverleibt hat und die Wahrnehmung dieser Welt und auch das Handeln in dieser Welt strukturiert" (Bourdieu, ebd., S. 145). Der berufliche Habitus wird über die berufliche Sozialisation erworben und verinnerlicht. Er wirkt wie eine „stille Pädagogik" (ebd.), indem er das Denken und Handeln der sozialen Akteure prägt. Als „reales Prinzip der Praktiken" gibt der Habitus die Grenzen der Handlungen vor, nicht aber die Handlungen selbst. Es bleibt innerhalb dieses „Systems von Grenzen" ein Raum von Handlungsfreiheit bestehen, wie Greving und Gröschke (2000) zusammenfassen:

Das Konzept des Habitus fordert die Akteure eines sozialen Feldes – sofern sie wissenschaftlich aufgeklärte und kritische Intellektuelle sein wollen – dazu auf, die in tradierten Gewaltverhältnissen verwurzelten Denk- und Sprachstile ihres Metiers zu reflektieren, aufzuklären, um sich davon zu emanzipieren; und – nicht zuletzt – um auch zur Befreiung derjenigen benachteiligten Menschen aus solchen symbolischen und realen Gewaltverhältnissen beizutragen, für die sie ein Mandat haben (S. 207).

Im Folgenden werden bedeutsame Diskurse der Behindertenhilfe referiert und die vorgestellten Grundannahmen kritisch eingebettet.

Für die Menschen, die in Institutionen leben, geht es um die Schlagworte Normalisierung, Lebensstandards, Lebensqualität, Wohlbefinden, Selbstbestimmung und Empowerment, für die Menschen, die in Institutionen arbeiten, um die Schlagworte Arbeitsbedingungen, humane Arbeit, Arbeitszufriedenheit und Persönlichkeitsförderlichkeit der Arbeit.

Dabei interessieren im Rahmen der vorliegenden Arbeit besonders zwei Schnittpunkte:

- a) Der Schnittpunkt zwischen „das Sein bestimmt das Bewusstsein" und „das Bewusstsein bestimmt das Sein" als dialektische Beziehung, die sowohl bei den Diskursen Lebensstandards und Wohlbefinden sowie Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit eine bedeutsame Rolle spielt.
- b) Der Schnittpunkt zwischen Menschen, die in Institutionen leben, und Menschen, die in Institutionen arbeiten, da sie die beiden Seiten einer Medaille, hier als institutionelle Behindertenhilfe verstanden, darstellen und alltäglich auf dieser Bühne zueinander in Beziehung treten.

Anschließend werden die beiden Analysestränge in ihren Implikationen und Anforderungen für Institutionen synthetisch zusammengefasst und die bisherigen Erfahrungen und Daten um Prozesse des Deinstitutionalisierens dargestellt.

Denn man muss schon wählen:
wenn jeder Mensch der ganze Mensch ist,
muss dieser Abweichler entweder nur ein Kieselstein oder ich sein.
Jean-Paul Sartre

Leben heißt für den Menschen:
Die Prozesse organisieren, denen er unterworfen ist.
Bertolt Brecht

Wir machen uns die Welt, wiediewiediewiesie uns gefällt.
Pipi Ephraims Tochter Langstumpf

Wenn das Selbstvertrauen einer Person zerstört ist,
dann sind ihre Fähigkeiten möglicherweise auch zunichte.
Sie wird die Person, die sie zu sein denkt.
Fritz Heider

2. Ausgewählte Diskurse über Menschen, die in Institutionen leben

Zunächst wurde das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit einleitend skizziert und in die Systemtheorie und andere Zusammenhänge eingebettet. Es ist deutlich geworden, dass für ein vertieftes Verständnis der Chancen und Risiken von Veränderungsprojekten in dem dynamischen System der Behindertenhilfe eine Analyse ihrer inhärenten Ordnungsparameter erforderlich ist. Dies soll nun über eine Auseinandersetzung mit den wesentlichen Diskursen innerhalb der Behindertenhilfe der vergangenen Jahre⁶ erfolgen. Damit wird das Ziel verfolgt, wesentliche Motive in der gegenwärtigen Hilfe für behinderte Menschen, teilweise auch in ihrer Widersprüchlichkeit zu explizieren. Diese werden zunächst überblicksartig vorgestellt, um dann in einem weiteren Schritt die Bezüge zum Thema Sicherheit und Freiheit herzustellen. Dabei werden zur Konkretisierung Exkurse vorgenommen, die bei Interesse einen vertieften Blick in ausgewählte Aspekte des Themas ermöglichen.

2.1. Das Normalisierungsprinzip

Kaum ein Diskurs hat die Behindertenhilfe der Nachkriegszeit so nachhaltig geprägt wie die Formulierung des Normalisierungsprinzips in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts und die sich anschließende weltweite Diskussion. Seiner Erstformulierung durch Bank-Mikkelsen (vgl. Berg, Evans, Mason, Speck, Bank-Mikkelsen, DeJong & Roser, 1982) in Dänemark folgte die Ausarbeitung durch Nirje in Schweden (Nirje, 1994) und die Übernahme sowie Verbreitung des Konzeptes durch Wolfensberger in den USA und Kanada (auch wenn es dort zu unterschiedlichen Akzentuierungen kam, Schäper, 2006, S. 194 f.; vgl. auch Knust-Potter, 1997). Das Normalisierungsprinzip wirkt als „Kraftfeld“, aus dem alle wichtigen Reformtendenzen in Richtung einer gemeinwesen- und gemeindeori-

⁶ Diese Arbeit legt ihren Schwerpunkt auf die Entwicklungen der Behindertenhilfe in Deutschland der vergangenen dreißig Jahre (Abgrenzung 3). Dabei wird ausgeblendet, dass bestimmte Strukturen und Muster innerhalb der Behindertenhilfe nur im Zusammenhang mit den vorhergehenden historischen Entwicklungen, die bis in die Vernichtung behinderten Lebens geführt haben, verstanden werden können (vgl. zum Überblick Schäper, 2006; Dörner, 1998b).

entierten offenen Behindertenhilfe hervorgegangen sind" (Gröschke, 2004, S. 5). Für Deutschland wurde das Normalisierungsprinzip besonders durch die Arbeiten von Thimm (1992; 1994; 2005) erschlossen und weiterentwickelt. „Die zentralen Forderungen des Normalisierungsprinzips waren und sind die Verwirklichung anerkannter Lebensbedingungen und gleichberechtigter Interaktions- und Partizipationschancen" (Beck, 2005, S. 444). Dennoch bestanden bereits wesentlich früher Ideen, Menschen mit Behinderungen ein Recht auf Teilhabe zuzugestehen, worauf bereits Séguin im frühen 19. Jahrhundert hinwies (vgl. Rohrmann, 2005; Weber, 2004), auch wenn sich diese Ideen in der Folgezeit – bekanntermaßen – gesellschaftlich nicht durchsetzen konnten.

Die Herangehensweise an eine Beschreibung von behindertem Leben wird unter den normativen Bezugspunkt der Normalisierung von Lebensbedingungen, Rechten und Teilhabe gestellt und ermöglicht damit eine nähere Untersuchung dieses Lebens und seiner Bedingungen: „Unter einem normativen Blickwinkel können Standards daraufhin betrachtet werden, inwieweit sie mit allgemein-gesellschaftlichen Werten und Leitvorstellungen übereinstimmen, d.h. z.B. inwieweit die Grundrechte einer Person wie Würde, Privatheit, Freizügigkeit in den einzelnen Lebensbereichen garantiert werden" (Wacker, Wetzler, Metzler & Hornung, 1998, S. 20).

Juristisch erreichte das Normalisierungsprinzip einen ersten Höhepunkt 1994 in der Erweiterung des Artikels 3 im Grundgesetz mit Absatz 3 „niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden", wenn auch Theben (1999) auf fortbestehende Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen vor dem Gesetz hinweist. Und Dörner (2003) beschreibt die aktuelle Realisierung von Rechten behinderter Menschen, die in Institutionen leben:

Ich wette aber, dass keiner von uns – weder ich noch Sie – genauso viel Empörung aufzubringen in der Lage ist, wenn wir hören, dass erwiesenermaßen mehr als hunderttausend Bürger, die wegen Behinderung oder Pflegebedürftigkeit in Heimen leben, obwohl sie besser in eigener Wohnung ambulant versorgt werden könnten, also rechtswidrig, weil ohne Erforderlichkeit, im Heim in ihren Persönlichkeitsrechten eingeschränkt werden, ohne über ihre Entlassbarkeit auch nur informiert zu werden – und dies nicht nur ein Bürger, sondern hunderttausend, und nicht nur einen Tag, sondern tendenziell lebenslanglich (S. 26).

2007 stellen auch Mansell, Knapp, Beadle-Brown und Beecham in ihrer vergleichenden europäischen Studie zur Wohnsituation behinderter Menschen fest, „dass die Heimversorgung häufig von untolerierbar schlechter Qualität ist und international anerkannte Menschenrechtsstandards verletzt" (S. 1) werden. Mit der am 03.05.2008 in Deutschland in Kraft getretenen UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und ihrer nun folgenden Umsetzung gewinnt abermals die normative Sicht an Bedeutung und es wird eine neue Messlatte für die Realisierung von Hilfen entsprechend des Normalisierungsprinzips formuliert.

Über juristische Standards hinaus präzierte Gaedt das Normalisierungsprinzip bereits 1987 in vier Thesen für das Leben in Institutionen:

1. Behindertes Leben ist normal. Das Normalisierungskonzept darf nicht im Widerspruch zu dieser grundlegenden Aussage stehen. (...)
2. Normalisierung orientiert sich nicht am gesellschaftlichen Durchschnitt, sondern an der individuellen Normalität und strebt eine möglichst weitgehende Entfaltung der angelegten Entwicklungsmöglichkeiten an. (...)

3. Normalisierung ist Beseitigung bzw. Minimierung entwicklungshemmender, also behindernder Lebensbedingungen. (...)
4. Normalisierung heißt Schaffung gesellschaftlicher Räume für geistig Behinderte, heißt Umwandlung der Einrichtungen zur Betreuung in 'Orte zum Leben' (S. 89 f.).

Er beschreibt damit frühzeitig das Programm, das die Diskussionen in der Behindertenhilfe in den folgenden Jahren bestimmen sollte: Was sind geeignete Orte zum Leben? Was bedeutet Leben an diesen Orten? Unter welchen – gerade auch gesellschaftlichen – Bedingungen kann dieses Leben gefördert werden und sich entwickeln?

Gröschke (2004) fasst hierfür zusammen:

Unter der Maxime der Normalisierung werden Reformprojekte betrieben, die eine organisatorisch-institutionelle Dezentralisierung, Deinstitutionalisierung und Regionalisierung der behinderungsbezogenen Hilfeformen mit dem konsequenten Abbau aller desintegrativen, separierenden Formen der Behindertenhilfe verbinden wollen. Seine ethische Begründung findet das Normalisierungsprojekt in allgemeinen Prinzipien von Gleichheit, Gerechtigkeit, Menschen- und Bürgerrechten. Es handelt sich beim Normalisierungsprinzip um die praktische Gestaltung eines sozial-demokratischen Reformprojekts der Humanisierung der Lebens- und Arbeitsbedingungen für vormals besonders benachteiligte und marginalisierte Gruppen der Bevölkerung. Leitend sind dabei sozialetische, sozialpolitische und auch staatsbürgerliche Prinzipien (Teilhaberechte). Gesellschafts- und sozialpolitisch geht es bei solchen Humanisierungsprojekten um die Herstellung menschenwürdiger Verhältnisse für alle Staatsbürger, um gleiche Lebens- und Entfaltungschancen, sowie auch um Inklusion der Staatsbürger in alle gesellschaftlichen Teilsysteme und Politikfelder (S. 5).

Das Normalisierungsprinzip hat sich weiter entwickelt und sich seiner Ambivalenz und Widersprüchlichkeit gestellt (vgl. Schäper, 2006, S. 194 f.). Es geht dann weniger um eine Orientierung an einem wie auch immer gearteten gesellschaftlichem Durchschnitt als vielmehr dem Zulassen und Ausgestalten von menschlicher Vielfalt und einer diesbezüglichen Chancengleichheit von Zugangsmöglichkeiten zur Gesellschaft (vgl. auch Wacker, 2008; Gaedt, 2007).

Damit wird deutlich, dass bereits dem ersten Diskurs eine Ambivalenz innewohnt, die dadurch gekennzeichnet ist, dass Normalisierung immer zwei Richtungen beinhaltet, die Richtung der Anpassung an etwas als normal Gegebenes sowie als gegenläufige Richtung die Veränderung dessen, was wir als normal ansehen durch die Aufnahme und Erweiterung durch das, was sich daran anpasst. Hierin wiederholt sich die oben skizziert dialektische Beziehung von Sein und Bewusstsein. Die Ambivalenz in den Denktraditionen der Behindertenhilfe wird noch deutlicher in den nun folgend darzustellenden Diskursen, beginnend mit der Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Lebensqualität. Dieses lässt sich in unterschiedliche Aspekte aufgliedern: den objektiven Zugang über den Vergleich von Lebensstandards, den ökologischen Zugang und schließlich den subjektiven Zugang über das Wohlbefinden. Besonders das Wohlbefinden erweist sich dabei als ein teilweise widersprüchliches Konstrukt, das einer vertieften Betrachtung bedarf. Dadurch rücken psychologische Fragestellungen ins Zentrum, die den Diskurs über Lebensqualität und Wohlbefinden tangieren: das Selbstkonzept, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit, Bewältigungsstile und persönliche Ziele. Diese psychologischen Konstrukte führen über in einen weiteren wesentlichen Diskurs der Behindertenhilfe in den zurückliegenden 20 Jahren: die Selbstbestimmungsdebatte.

2.2. Das Konstrukt Lebensqualität

Das Konstrukt der Lebensqualität hat sich in den vergangenen 20 Jahren besonders im medizinischen Bereich und im Bereich der Gesundheitsvorsorge etablieren können (vgl. zum aktuellen Überblick Daig & Lehmann, 2007; Franz et al., 2006; Franke, 2006; Böhmer & Ravens-Sieberger, 2005; Bullinger, 2000; Hoffmann, 1999).

Lebensqualität hat sich aber in den vergangenen Jahren auch zu dem Schlüsselkonzept der Beschreibung und Entwicklung von Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung auf der Basis des Normalisierungsprinzips entwickelt (vgl. Beck, 2000). Das Konzept der Lebensqualität hat einerseits ausreichende Nähe zum Gegenstand der Forschung – dem Leben und den Lebensbedingungen von Menschen unter schwierigen Entwicklungsbedingungen. Andererseits weist es die nötige analytische Tiefe auf, um im internationalen wissenschaftlichen Diskurs zu bestehen. Beck (1992) fasst dies zusammen:

In zahlreichen Ländern fungiert der Begriff Lebensqualität als Zielbegriff der Normalisierungs- und Integrationsbemühungen. Seine Verwendung zielt vor allem darauf ab, neben der Förderung von Kompetenzen und der Verwirklichung normaler Lebensbedingungen die Respektierung von Bedürfnissen und die Verwirklichung eigener Perspektiven von einem sinnvollen Leben als Ziel auf der personalen Ebene umzusetzen. Damit soll die Respektierung des geistig behinderten Menschen als individuelles Subjekt auf der Zielebene gleichrangig durchgesetzt und der einseitigen, den geistig behinderten Menschen wiederum zum Objekt machenden Zielbestimmung vorgebeugt werden (S. 25).

Dabei leidet das Konstrukt Lebensqualität von Menschen, die in Institutionen leben, unter Schwierigkeiten seiner exakten inhaltlichen Bestimmung (Dworschak, Wagner & Bundschuh, 2001). Diese Schwierigkeiten ergeben sich auch aus dem Doppelkriterium, das Thimm (1978, zitiert nach Beck, ebd., S. 27) zusammen gefasst hat in der Definition: „Lebensqualität ist Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen in Übereinstimmung mit den Standards“.

Dieses Doppelkriterium verlangt unterschiedliche Herangehensweisen bei der Beschreibung von Leben und Lebensbedingungen, zunächst über die Lebensstandards und dann über die Zufriedenheit. Beide Zugangswege stellen jedoch ganz eigene – auch methodische – Herausforderungen dar und können zu widersprüchlichen Ergebnissen führen. Zudem führt die ökologische Perspektive (Seifert, 1997a) oder Netzwerkperspektive (Dworschak et al., 2001) in der Lebensqualitätsforschung dazu, in besonderer Weise die Interaktionen zwischen Individuum und Umwelt und damit die Beziehungen zu fokussieren, was als dritte Herangehensweise vorgestellt werden soll.

2.2.1. Die objektive Sicht der Lebensqualität: die Lebensstandards

Lebensstandards als Forschungsgegenstand wurzeln in den sozialpolitischen Veränderungen der 50er und 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts, als neben der wirtschaftlichen Entwicklung eines Staates auch die Entwicklung von Lebensbedingungen seiner Bevölkerung und damit die Realisierung immaterieller Werte stärker fokussiert wurde (vgl. Wacker et al., 1998). Mit dieser „Wohlfahrtsforschung“ (ebd.) sollte der gesellschaftliche Fortschritt und soziale Wandel durch regelmäßige

ge Messung der Bedürfnisbefriedigung der Menschen in zentralen Lebensbereichen erfasst werden. Die OECD definierte auf dieser Grundlage Anfang der 1970er Jahre folgende Zielbereiche gesellschaftlicher Wohlfahrt (ebd.): Gesundheit, Persönlichkeitsentwicklung; intellektuelle und kulturelle Entfaltung durch Lernen; Arbeit und Qualität des Arbeitslebens, Zeitbudget und Freizeit, Verfügung über Güter und Dienstleistungen, physische Umwelt, Persönlichkeitsrechte und Rechtswesen, Qualität des Lebens in der Gemeinde.

Die Auswahl dieser Indikatoren wurde „über einen politischen Konsens festgelegt“ (ebd., S. 18) und es wurden entsprechende Erhebungsinstrumente entwickelt. Die durchschnittlichen Ausprägungen der Erhebungsergebnisse in diesen Bereichen wurden als Lebensstandards einer Gesellschaft angesehen (ebd.). Sie dienten dem interstaatlichen Vergleich und innerhalb von Staaten zur differenzierten Beschreibung unterschiedlicher Bevölkerungsteile. Dieser soziologische Blick auf die Gesellschaft mit ihren inter- und innerstaatlichen Unterschieden der Lebensstandards führte zu sozialpolitischen Forderungen a) nach Angleichung dieser Unterschiede sowie b) der allgemeinen Anhebung von Lebensstandards (vgl. Beck, 1994, S. 239).

In der Lebensqualitätsforschung ging es anfangs somit um eine Beschreibung der „objektiven Lebensbedingungen in unterschiedlichen Lebensbereichen“ (Beck, 2000, S. 6), durch die die Unterschiede in Möglichkeiten und Ausgestaltung von Lebensbedingungen in Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen untersucht wurden, aber auch um makroökonomischen Analysen von Lebensstandards ganzer Staaten (vgl. Bruton, 1997).

Aufbauend auf diesen Forschungsstand ziehen Wacker et al. (1998) Schlüsse für die Behindertenhilfe: „Wenn Behindertenhilfe darauf zielt, Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderungen an allgemeine gesellschaftliche Standards anzugleichen und diesen keinen Sonderstatus oder Sonderraum außerhalb der Gesellschaft zuweisen, müssen sich diese Lebensverhältnisse einem Vergleich mit allgemein anerkannten Zielen und Standards der Bedürfnisbefriedigung aller Gesellschaftsmitglieder stellen“ (S. 19 f.). Die Lebensstandards von Menschen mit Behinderungen lassen sich somit durch einen Vergleich zwischen ihren Lebensverhältnissen und denen der Gesamtbevölkerung beschreiben. In einem empirischen Vergleich werden beispielsweise unterschiedliche Bildungsmöglichkeiten, die Versorgung mit Wohnraum und seine Gestaltung, medizinische und pflegerische Versorgung, Sicherheitsaspekte sowie Arbeitsmöglichkeiten (vgl. Kastl & Trost, 2003; Trost, 1993) beschrieben. Der folgende Exkurs verdeutlicht und konkretisiert diesen empirischen Vergleich für die Lebenswelt Institution.

Exkurs 1. Leben im Heim – Der empirische Zugang zur Lebensqualität über den Vergleich von Lebensstandards

Die Lebenssituation von Menschen, die in Institutionen leben, wurde umfassend in der Studie „Leben im Heim“ (Wacker et al., 1998) untersucht und in seiner Komplexität beschrieben. Metzler und Wacker (1998) beschreiben dies folgendermaßen:

Leben im Heim bedeutet eine Existenzform mit Kompromissen. (...) Derzeit weist der Weg ins Heim vielmehr Merkmale auf, die ihn als Weg in (eine zunehmende) Unselbständigkeit und Abhängigkeit

kennzeichnen. (...) Für viele Bewohner/innen ist das Leben im Heim vielmehr verbunden mit vielfältigen Verzicht auf individuelle Wünsche und Lebensgestaltung, mit vielen unerwünschten sozialen Kontakten (Mitbewohner und Mitarbeiter) und mit zahllosen Reglementierungen des Alltags. Diese Einschränkungen erleben sie als Preis dafür, dass sie körperlich, geistig oder psychisch behindert sind (S. 77 f.).

Die Ergebnisse ihrer Untersuchung sind auch in den „Vierten Bericht der Bundesregierung zur Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation“ (BMAS, 1998) eingeflossen, der für viele Fragestellungen auch heute noch die relevante Datenbasis stellt. Weitere, aktuellere Quellen für die objektive Beschreibung von Lebensstandards für behinderte Menschen stellen der „Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe“ (BMGS, 2004) sowie der „Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner - Heimbericht“ (BMFSFJ, 2006) dar. Hier soll der Fokus nun entsprechend des Untersuchungsgegenstandes auf die räumlich-strukturellen Standards gelegt werden, wohl wissend, dass es weitere bedeutsame, bereits oben beschriebene Lebensstandards gibt, die in den genannten Berichten näher erläutert werden.

Für die stationäre Behindertenhilfe ergibt sich folgendes Bild: 2003 leben in der Bundesrepublik Deutschland in ca. 5.100 stationären Einrichtungen knapp 179.000 Menschen (BMFSFJ, 2006, S. 230). 1995 waren es noch etwa 142.000 behinderte Menschen, darunter 120.000 in den alten und 22.000 in den neuen Bundesländern, die in rund 3.000 Heimen und unterschiedlichen Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe leben (BMAS, 1998, S. 85).

1995 stellen die Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung mit 60 % den größten Anteil, weitere 15 % sind Einrichtungen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung (ebd., S. 86). Die Geschlechtsverteilung ist annähernd gleich. In den Einrichtungen leben Menschen aller Altersgruppen, wobei besonders Kinder- und Jugendliche eine zahlenmäßig kleine Gruppe in den stationären Einrichtungen darstellen.

Die Mehrzahl der Wohneinrichtungen sind relativ kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Plätzen (73 %). Weitere 20 % der Einrichtungen bieten Wohnmöglichkeiten für 50 bis 150 Menschen, 5 % halten 200 und mehr Plätze vor, darunter einige sehr große Einrichtungen mit mehr als 500 Plätzen. Dennoch leben die meisten behinderten Menschen in eben diesen Großeinrichtungen, nur ein Viertel in kleinen Einrichtungen unter 49 Plätzen. „Die Daten zeigen, dass die baulichen Strukturen der Wohneinrichtungen für knapp 22.000 Heimbewohner in der Bundesrepublik Deutschland eine Lebensform erzwingen, die mit unseren kulturellen Gewohnheiten kaum zu vereinbaren ist“ (Wetzler, 1998, S. 61).

Dabei besteht nicht nur ein Gefälle zwischen der Gruppe Menschen mit Behinderung im Vergleich zur Gruppe der Menschen ohne Behinderung, bei dem die Standards von Menschen mit Behinderungen als deutlich unter dem Durchschnitt anzusehen sind, sondern auch innerhalb der Gruppen der Menschen mit Behinderungen, dahingehend, dass die Standards derjenigen mit geistiger Behinderung nochmals unter denen von Menschen mit anderen Behinderungen liegen. „Diese durchschnittlich schlechteren Bedingungen für Menschen mit geistigen oder Mehrfachbehinderungen hinsichtlich der Wohn- und Lebensqualität in stationären Einrichtungen sind nicht nur in bezug

auf die Einrichtungsgröße zu beobachten, sondern auch in bezug auf die Verteilung von Ein- und Mehrbettzimmern oder die Gruppengröße" (BMAS, 1998, S. 87).

In Einrichtungen für geistig behinderte Menschen finden sich noch die zahlenmäßig größten Wohngruppen, 10 % leben in Wohngruppen mit 16 und mehr Personen. Nur 38 % der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung bewohnen ein Einzelzimmer, während dies fast 60 % der Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung oder Körperbehinderung haben. 16 % der Menschen mit Behinderungen in den alten Bundesländern leben in einem Drei- oder Mehrbettzimmer, in den neuen Bundesländern waren es zum Zeitpunkt der Erhebung noch 31 %. „Auch in bezug auf die sanitäre Ausstattung und andere Merkmale ist festzustellen, dass es immer wieder Einrichtungen für Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung sind, die ungünstigere räumliche Ausstattungen und Standards aufweisen" (S. 88).

Die Autoren des Vierten Berichts zur Lage der Behinderten fassen 1998 zusammen:

Behinderteneinrichtungen bilden für die überwiegende Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner über viele Jahre den eigentlichen Lebensmittelpunkt; deshalb müssen Bedingungen geschaffen werden, die auch behinderten Menschen das Recht auf Privatheit und Intimität gewährleisten. Auch Bewohner großer Einrichtungen müssen die Chance haben, ihr unmittelbares Lebensumfeld nach den eigenen Bedürfnissen zu gestalten und sich bei Bedarf zurückzuziehen. Handlungsspielräume im Heimalltag sind bei Bewohnern in Mehr-Bett-Zimmern sowie bei Bewohnern von Einrichtungen mit mehr als 150 Plätzen in der Regel geringer ausgeprägt. Ohne entsprechende strukturelle Voraussetzungen ist der Anspruch nach mehr Selbstbestimmung und Individualität nur schwer zu realisieren (S. 87 f.).

Auf dieser Basis machen sie Vorschläge zur Verbesserung der Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe und fordern⁷:

- Verstärkt sind kleinere, dezentrale, wohnortnahe Einrichtungen zu schaffen; dabei ist das Angebot an Ein-Bett-Zimmern insbesondere für Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen konsequent auszubauen.
- Angesichts erheblicher Ost-West-Unterschiede in der Wohnqualität aufgrund des zu geringen Platzangebots und des hohen Sanierungsbedarfs der Einrichtungen ist das Angebot an Einzelzimmern und eigenen Sanitärbereichen in den neuen Bundesländern deutlich zu erhöhen; ein einheitlicher Standard ist bundesweit anzustreben.
- Der Umgang mit geistig-seelischen Beeinträchtigungen von Bewohnerinnen und Bewohnern ist wesentlicher Bestandteil des Heimalltags und stellt besondere Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Insbesondere müssen sich die Einrichtungen künftig auf den Bedarf und die Bedürfnisse älterer behinderter Menschen einstellen. Diesem Umstand muss durch angemessene Aus- und Weiterbildungsangebote für die Mitarbeiter/innen Rechnung getragen werden (S. 88).

Bis 2006 haben sich die durchschnittlichen Lebensstandards dahingehend verbessert, dass mehr kleinere Wohneinrichtungen geschaffen und die baulichen Standards erhöht wurden, die Anzahl an Einzelzimmern erhöht werden konnte, ebenso wie eine barrierefreie Sanitärausstattung mittlerweile zur Regelausstattung gehört (BMFSFJ, 2006, S. 6 und S. 231). Zudem konnten die Einrichtungen

⁷ Insbesondere für den Umgang mit älteren Menschen, die in Institutionen leben, wurden in den vergangenen Jahren Konzepte beschrieben und weiterentwickelt (vgl. Hermann, 2006; Schuppener, 2004; Wacker, 2001; Haveman, Michalek, Hölscher & Schulze, 2000), ohne dass diese Ansätze hier weiter vertieft werden sollen.

ihre Angebote weiter ausdifferenzieren und neue Wohnangebote schaffen, wie z.B. das ambulant betreute Wohnen, Außenwohngruppen, Trainingswohnen (vgl. Metzler & Rauscher, 2004).

Dennoch wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an Wohnangeboten für Menschen mit Behinderung in den kommenden Jahren stetig zunehmen wird, dabei ist festzustellen, „dass noch immer zu viele Großeinrichtungen, zu wenig Einzelzimmer und zu wenig kleinere und passgenaue Wohnangebote für behinderte Menschen mit sehr hohem Hilfebedarf bestehen“ (BMFSFJ, 2006, S. 15).

Über die räumlich-strukturellen Bedingungen stoßen Menschen, die in Institutionen leben, auch an zeitlich-strukturelle, wie Häussler-Sczepan (1998) beschreibt: „Es ist ein wesentliches Strukturmerkmal der ‚Lebenswelt Heim‘, dass sich die Tagesstrukturierung eher an ablaufbezogenen, arbeitsorganisatorischen Kriterien orientiert als an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner“ (S. 154). Diese und weitere Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen, von „‘Selbstbestimmt Leben‘ im Heim“ (Bradl, 1996b), werden weiter unten wieder aufgegriffen.

2.2.2. Die ökologische Sicht der Lebensqualität

Bevor im nächsten Abschnitt die subjektive Sicht der Lebensqualität vorgestellt wird, soll mit der ökologischen Perspektive explizit auf die Bedeutung und gegenseitige Bedingung von individuellen Bedürfnissen auf der einen Seite und Gegebenheiten des Umfeldes auf der anderen Seite verwiesen werden.

Seifert (1997a) stellt auf der Basis des ökologischen Ansatzes von Bronfenbrenner ein Modell von Lebensqualität vor, das diese Passung zwischen individuellen Bedürfnissen und den Gegebenheiten der direkten Umwelt betont. Die ökologische Sozialisationsforschung „befasst sich mit der Gesamtheit der potenziellen und rezipierten Umweltbedingungen eines Individuums und der Transaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt“ (S. 183). Potenzielle Umwelt meint dabei die Bedingungen, unter denen ein Mensch lebt, unabhängig davon, ob und wie er sie wahrnimmt. Unter rezipierter Umwelt wird die vom Individuum wahrgenommene Umwelt verstanden, die für sein Handeln bedeutsam ist. Die Lebenswelt kann demnach als ein System verstanden werden, bei denen unterschiedliche Subsysteme sich gegenseitig beeinflussen und ineinander verschachtelt sind. Es sind dies für den Gegenstand ihrer Untersuchungen zur Lebensqualität (vgl. ebd.):

- a) Das Makrosystem Gesellschaft mit den Aspekten Kultur, Politik, Technologie, Wissenschaft, Wirtschaft und Recht;
- b) das Meso- und Exosystem Gemeinde mit den Aspekten Infrastruktur und soziales Netzwerk; sowie
- c) das Mikrosystem Wohnbereich mit den Aspekten personelle Struktur, materielle Struktur, Funktion und Dynamik.

Seifert (1997b) definiert mit diesem Modell die Lebensqualität „als abhängig vom Grad der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse durch die ökologischen Gegebenheiten seiner Umwelt“ (S. 8). Dabei fokussiert sie den direkten Lebensraum von Menschen, die in Institutionen leben, die

Wohnumwelt. Sie entwickelt auf dieser Basis ein mehrdimensionales Modell von Lebensqualität, das folgende Dimensionen beinhaltet (vgl. Seifert, 1997a):

1. Interaktion im Wohnbereich mit den Indikatoren: Bedürfnisse, Wohlbefinden, Kommunikation, Beziehung, Selbständigkeit, Kompetenz, Autonomie, Abhängigkeit;
2. Materielle Struktur des Wohnbereichs mit den Indikatoren: räumliche Gestaltung, Ausstattung, Einrichtungsstruktur, Lage der Einrichtung, Infrastruktur des Wohnumfeldes;
3. Soziales Netzwerk mit den Indikatoren: Mitbewohner, Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarschaft, Fachleute (Betreuerinnen, Therapeutinnen, Psychologinnen, Lehrerinnen, Ärzte u.a.);
4. Teilnahme am allgemeinen Leben mit den Indikatoren: Aktivitäten außerhalb des Wohnbereichs, Arbeit, Beschäftigung;
5. Akzeptanz durch die Bevölkerung mit den Indikatoren: soziale Rolle der behinderten Menschen, Verhalten der Umwelt;
6. Arbeitszufriedenheit der Professionellen mit den Indikatoren: Rahmenbedingungen, pädagogisches Konzept, fachliche Kompetenz, Kooperation, Autonomie, Bedürfnisse, Belastung, Fluktuation.

Sie berücksichtigt damit wesentliche Faktoren objektiver Lebensstandards und erweitert sie mit Kriterien, wie sie durch das Normalisierungsprinzip formuliert wurden. Ihr besonderer Fokus liegt auf den Interaktionen, den Beziehungen innerhalb des Lebensraums Wohngruppe, und damit besonders der Beziehung der Menschen, die in Institutionen leben, mit den Menschen, die in Institutionen arbeiten. Dieses Zusammentreffen, dieser Schnittpunkt soll weiter unten noch vertieft werden.

Seifert (1997b) überprüfte das Modell in einer sehr umfassenden qualitativen Untersuchung zum Wohnalltag von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Hierzu wählte sie methodisch halb-strukturierte Interviews, die sie mit den Professionellen der Wohngruppen führte.

Insgesamt wurden in die Untersuchung neun Berliner Wohneinrichtungen mit einer Größe von sechs bis über 100 Plätzen eingeschlossen. In den untersuchten 14 Wohngruppen lebten fünf bis elf Personen. Fünf von den Gruppen waren heterogen hinsichtlich des Behinderungsgrades, neun homogene Gruppen für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Die räumliche Ausstattung der Gruppen wurde als gut beschrieben, es gab Einbettzimmer bis hin zu Fünfbettzimmern. Daneben wurden zwei psychiatrische Kliniken einbezogen, die Situation in den beiden psychiatrischen Gruppen wurde wie folgt beschrieben: Größe zwischen acht und 23 Plätzen, neben Drei- und Vierbettzimmer gab es auch noch Schlafräume für neun bis zehn Personen. Interviews wurden für insgesamt 185 Menschen, die in den Wohngruppen lebten, durchgeführt. Davon wurden 130 durch die Einrichtungsträger als schwer geistig behindert eingeschätzt.

Aufgrund der bekannten kommunikativen Schwierigkeiten der Zielgruppe rekonstruierte sie deren Alltagswirklichkeit, um zu einer Einschätzung der Lebensqualität zu gelangen. Hierzu wählte sie unterschiedliche qualitative Verfahren wie offene Interviews, teilnehmende Beobachtung, Videoauswertung, Auswertung von Dokumenten und setzte die darüber ermittelten unterschiedlichen Sichtweisen, die der Menschen, die in der Institution leben, der Bezugspersonen, des Umfeldes und des Forschenden selbst in Bezug zueinander.

Die Ergebnisse für die Lebensqualität der Menschen, die in den Wohngruppen leben, fasste sie in zehn Thesen zusammen (Seifert, 1997b):

1. Lebensqualität von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung setzt personelle, materielle und strukturelle Rahmenbedingungen voraus, die die Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse im Gruppenalltag ermöglichen.
2. Menschen mit schwerer geistiger Behinderung haben die gleichen Bedürfnisse wie Menschen ohne Behinderung.
3. Die Befriedigung ihrer physiologischen Bedürfnisse und der Grundbedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit, nach Zugehörigkeit und Liebe, nach Selbstachtung aufgrund von Kompetenz und Unabhängigkeit und Freiheit sowie nach Achtung durch andere und Selbstverwirklichung führt zu Wohlbefinden und Zufriedenheit verbunden mit einem positiven Selbstwertgefühl. Dies verleiht ihrem Leben Sinn.
4. Sie brauchen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse die Unterstützung durch andere. Das Erkennen ihrer Wünsche und Bedürfnisse ist wegen eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten oft erschwert und erfordert Empathie und eine Konstanz der Beziehung.
5. Die grundlegenden Bedürfnisse von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung finden im Gruppenalltag nicht immer Berücksichtigung. Dies ist auf individuelle, in der Person der Mitarbeiter begründete Faktoren und auf strukturelle Bedingungen zurückzuführen. Beide stehen miteinander in Wechselwirkung.
6. Menschen mit schwerer geistiger Behinderung haben nur unzureichende Möglichkeiten, früher oder aktuell erlebte Deprivationserfahrungen aus eigener Kraft zu kompensieren. Sie reagieren mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, die von der Umwelt häufig als Verhaltensauffälligkeiten interpretiert werden, die in ihrer schweren Behinderung begründet sind.
7. Auffällige Verhaltensweisen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, die sich unter anderem in Apathie, Hyperaktivität, Stereotypen, Aggressionen, selbstverletzendem Verhalten äußern, sind Ausdruck ihrer Befindlichkeit. Sie sind ein Appell an ihre Umgebung, dass grundlegende Bedürfnisse nicht befriedigt sind.
8. Zur Lebensqualität gehören auch Arbeits- und Beschäftigungsangebote sowie Freizeitangebote außerhalb der Einrichtung. Sie strukturieren den Alltag von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, bieten ihnen Abwechslung, Entwicklungsanreize und vielfältige soziale Kontakte. Das Postulat einer Trennung von Wohnung, Arbeit und Freizeit ist in den Gruppen nicht immer erfüllt. Es fehlen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten; Aktivitäten außerhalb der Einrichtung können wegen unzureichender Personalsituation nicht regelmäßig stattfinden.
9. Gemeindeintegriertes Wohnen bietet Menschen mit schwerer geistiger Behinderung eine optimale Lebensqualität, wenn ihre spezifischen Bedürfnisse berücksichtigt werden und selbstbestimmte Verhaltensweisen nicht wegen ungeeigneter Rahmenbedingungen Einschränkungen erfahren.
10. Begegnungen im Alltag ermöglichen das gegenseitige Kennenlernen von Menschen mit und ohne Behinderung. Die Einstellung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit schwerer geistiger Behinderung ist überwiegend negativ. Nachbarschaftliche Beziehungen gestalten sich erst nach längerer Gewöhnungszeit zufriedenstellend. Als besonders belastend erweisen sich unruhestiftende und aggressive Verhaltensweisen (S. 262 ff.).

In der Kölner Lebensqualität-Studie bestätigt Seifert (2002; 2006) die methodische Herangehensweise an Lebensqualität mit Hilfe qualitativer Analysemethoden und leitet daraus weitergehende Schlussfolgerungen und Handlungsbedarf für Institutionen ab.

Die ökologische Perspektive betont und bestätigt damit die Bedeutung des Umfeldes und der daraus resultierenden Wechselbeziehungen für die Lebensqualität. Lebensqualität kann umfassend jedoch nur aus einer subjektiven Sicht heraus hinreichend verstanden werden.

2.2.3. Die subjektive Sicht der Lebensqualität: das Wohlbefinden

Die subjektive Sicht der Lebensqualität setzt nun wieder an dem von Thimm (1978) formulierten Doppelkriterium der Lebensqualität an, der Zufriedenheit des Individuums mit seinen vorgefundenen Lebensbedingungen, die mit objektiven Standards übereinstimmen. Diese subjektive Sicht einzunehmen wurde erforderlich, als die Erforschung gesellschaftlicher Wohlfahrt anhand von objektiven Lebensstandards in die Kritik geriet, denn „mittels objektiver Indikatoren könne allenfalls das Wohlergehen einer Gesellschaft, nicht aber das individuelle Wohlbefinden der Mitglieder dieser Gesellschaft erfasst werden“ (Metzler & Wacker, 1997, S. 48).

In der weiteren Erforschung von Lebensstandards wurde somit das Dilemma deutlich, dass höhere Lebensstandards nicht immer auch mit einem höheren Wohlbefinden der betroffenen Menschen einher gehen. Das individuelle Wohlergehen eines Menschen erschließt sich nur zum Teil aus der Beschreibung seiner objektiven Lebensbedingungen. Vielmehr wird die eigene Wahrnehmung und Bewertung von Lebensbedingungen entscheidend durch interne, psychische Prozesse und kulturelle Einstellungen moduliert, so dass keine eindeutige oder lineare Beziehung zwischen Lebensstandards und Wohlbefinden hergestellt werden kann. Menschen mit gleichen Lebensstandards können unterschiedliches subjektives Wohlbefinden haben, genauso wie – in gewissen Rahmen – bei unterschiedlichen Lebensstandards ein ähnliches Wohlbefinden möglich ist. Lebensstandards haben differenzierte Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden eines Menschen, ihre Beschreibung alleine reicht daher nicht aus, um die Lebensqualität zu erfassen.

So stellen Glatzer und Zapf bereits 1984 fest, „dass als ähnlich beobachtete Lebensbedingungen ganz unterschiedlich bewertet werden, dass schlecht Gestellte zufrieden und dass Privilegierte sehr unzufrieden sein können“ (S. 20). Menschen beurteilen trotz starker materieller, physischer und psychischer Beeinträchtigungen mitunter ihre eigene Lebensqualität positiv. Dies gilt – so Halisch und Geppert (2000) – nicht nur für Individuen, sondern auch für ganze Nationen. Mit Staudinger (1997) bezeichnen sie die Fülle an überraschenden Befunden zum Zusammenhang von Lebensstandards und Wohlbefinden mit dem „Paradox des subjektiven Wohlbefindens“ (vgl. zum „Zufriedenheitsparadox“ auch Herschbach, 2002).

Die äußeren Lebensbedingungen spiegeln sich somit nicht automatisch in den inneren Bewertungen wider. Wacker et al. (1998) fassen zusammen, „dass das Sein das Bewusstsein nur teilweise bestimmt“ (S. 18). Das Wohlbefinden ist somit vergleichbar dem Verhalten, das Faßnacht (1995, S. 206) als ein „Fuzzy-Objekt“ beschreibt, wissenschaftlich wesentlich schwieriger zu greifen, als beispielsweise die Beschreibung von objektiven Lebensstandards. Dies drückt sich allein schon in der begrifflichen Vielfalt unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen aus, die sich mit Wohlbefinden beschäftigen, wie der philosophischen Erforschung des Glücks (Zirfas, 1997) bis hin zu makroökonomische Analysen von Wohlbefinden in Staaten (vgl. zum Überblick Baier & Boehnke, 2007; Halisch & Geppert, 2000; Abele & Becker, 1991). Diese Schwierigkeiten in der Bestimmung von

subjektivem Wohlbefinden reichen soweit, dass die Verwendung des Konstrukts im wissenschaftlichen Kontext erheblich eingeschränkt werden sollte, wie Pukrop (2003) für den psychiatrischen Kontext fordert.

Ganz im Gegensatz dazu besteht in Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden in der Behindertenhilfe der Anspruch, behinderte Menschen mit ihrer subjektiven Sicht in den Mittelpunkt zu stellen und das Einnehmen dieser subjektiven Sicht noch zu verstärken.

Nur über ihre Subjektivität kann Lebensqualität von Menschen, die in Institutionen leben, besser verstanden werden. Hierum bemüht sich der Quality-of-Life-Ansatz (Schalock, 1996), den Beck im deutschsprachigen Raum etabliert hat (Beck & König, 1994). „Individuelles Wohlbefinden ist eine subjektive, im individuellen Erleben realisierte Kategorie; es stellt eine effektive Bilanz von Emotionen und eine kognitive Bewertung der Bedürfnisbefriedigung und damit der alltäglichen Erfahrungen dar“ (Beck, 1998, S. 275). Das Wohlbefinden umfasst demnach „eine physische Dimension der physiologischen Bedürfnisse, eine psychisch-emotionale Dimension (hier geht es um Bedürfnisse wie die nach Persönlichkeitsentwicklung, Selbstverwirklichung, Anerkennung) und die soziale Dimension der Bedürfnisse nach sozialer Zugehörigkeit, Kommunikation und Interaktion“ (ebd.). Diese Dimensionen gilt es über die objektiven Lebensstandards hinaus zu erfassen, um ein umfassenderes Verständnis von Lebensqualität zu erhalten.

Beck (2000) beschreibt unter Bezug auf Schalock (ebd.) als bedeutsame, wenn auch nicht ausschließliche Faktoren einer subjektorientierten Lebensqualitätsforschung:

1. Emotionales Wohlbefinden, z.B. Selbstwertgefühl, Zufriedenheit, psychische Sicherheit, Abwesenheit von Stresserfahrungen u.a.;
2. Soziale Beziehungen, z.B. Anzahl, Art und Qualität der Beziehungen, soziale Unterstützung u.a.;
3. Materielles Wohlbefinden, z.B. persönlicher Besitz, finanzielle Lage u.a.;
4. Persönlichkeitsentwicklung, z.B. Wahrung und Förderung der biografischen Einmaligkeit und Individualität, Kompetenzerwerb, Bildung und Tätigkeit u.a.;
5. Physisches Wohlbefinden, z.B. Gesundheit, Ernährung, Erholung, physische Sicherheit u.a.;
6. Selbstbestimmung, z.B. Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten, persönliche Ziele und Wünsche, Verantwortung u.a.;
7. Soziale Zugehörigkeit und Anerkennung, z.B. soziale Sicherung u.a.;
8. Rechte, z.B. Persönlichkeits- und Grundrechte.

Auf der Basis dieser und ähnlicher Indikatoren der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung wurden mittlerweile zahlreiche Instrumente zu ihrer Erfassung und Nutzung in Evaluationsprojekten entwickelt (beispielsweise FILIB: Beck & Ollech, 2003; sensiQoL: Hoyningen-Süess, Oberholzer & Stadler, 2007; Nueva: Candussi & Fröhlich, 2005; Gromann & Niehoff-Dittmann, 1999; 2000; aber auch bereits frühzeitig Schwarte & Oberste-Ufer, 1994; vgl. hierzu Exkurs 2).

Die Aufnahme der subjektiven Sichtweise in das Konstrukt Lebensqualität und damit seine Erweiterung über die objektiven Lebensstandards hinaus wurde zum bedeutsamen Paradigmenwechsel, auch wenn bis heute unklar bleibt, wie die beiden Aspekte letztendlich zu gewichten sind. Die Frage, was nun bedeutsamer ist, die objektiven Lebensstandards oder die subjektive Bewertung dieser, führte zu einer anhaltenden Debatte, „die zwischen den Objektivisten und den Subjektivistern geführt wurde“ (BSASFF, 2001, S. 104).

Einen Kompromiss stellte bereits 1973 das Modell von Allardt dar, das an die bekannte Bedürfnistheorie von Maslow (1943) anknüpft ohne seine Hierarchisierung der Grundbedürfnisse zu übernehmen und das in der folgenden Abbildung dargestellt wird. Er unterscheidet die zwei Dimensionen Wohlfahrt (Welfare), das der objektivistischen Position entspricht, und Wohlbefinden (Happyness), das der subjektivistischen Dimension zuzuordnen ist (vgl. BSASFF, 2001). Die Dimension Wohlfahrt umfasst die Grundbedürfnisse, einerseits die Sicherheitsbedürfnisse (Having) und andererseits die Bedürfnisse nach Zugehörigkeit (Loving) und Selbstverwirklichung (Being), die auf einer Ebene stehen (vgl. auch Metzler & Wacker, 1997, S. 48). Die Beschreibung von Lebensstandards bezieht sich demnach auf die Sicherheitsbedürfnisse (Having), die der subjektiven Lebensqualität eher auf die weiteren Bedürfnisse (vgl. Wacker, 1994, S. 271; Beck, 1994, S. 247), wie folgende Abbildung illustriert:

	Zunahme an Subjektivität	Wohlfahrt	Wohlbefinden	
			Verkleinern	Vergrößern
Lebensstandard (Level of Living)		1. Haben (Having): - Einkommen; - Bildung; - Arbeit; - Gesundheit; - Wohnen	4. unbefriedigende Zustände (Dissatisfaction Attitudes): - Unzufriedenheit mit dem Einkommen; - wahrgenommene Ungerechtigkeit; - Unzufriedenheit mit der Wohnung	5. befriedigende Zustände (Satisfaction Attitudes): - wahrgenommenes Wohlbefinden; - wahrgenommene Bedürfnisbefriedigung
		2. Zugehörigkeit (Loving): - Einbezogenheit in die Gemeinde; - Familienbezogenheit; - Beziehungen zu Freunden 3. Sein (Being): - persönliches Prestige; - Individualität; - politisches Mitspracherecht; - Aktivität	4. unbefriedigende Zustände (Dissatisfaction Attitudes): - wahrgenommene Ablehnung; - wahrgenommene Diskriminierung; - wahrgenommene Benachteiligung	5. befriedigende Zustände (Satisfaction Attitudes): - wahrgenommenes Wohlbefinden; - wahrgenommene Bedürfnisbefriedigung

Abbildung 2. Überarbeitete Fassung der Dimensionen von Wohlfahrt nach Allardt (vgl. BSASFF, 2001, S. 106)

Für eine hohe Lebensqualität müssen somit zusammenfassend zwei Faktoren erfüllt sein: a) als notwendige Bedingungen müssen objektiv überprüfbar angemessene Lebensstandards vorhanden sein, die sich an dem Durchschnitt der Bezugsnorm orientieren, b) als hinreichende Bedingung müssen diese vorgefundenen Lebensstandards hinsichtlich der Realisierung von Bedürfnissen wie Zugehörigkeit und Selbstverwirklichung subjektiv positiv bewertet werden.

Beck (2000) fasst die unterschiedlichen Sichtweisen auf Lebensqualität, die objektive Sicht der Lebensstandards, die ökologische Sicht und die subjektive Sicht des Wohlbefindens zusammen und fordert als Herangehensweise: „Generell müssen immer objektive (äußere; materielle ebenso wie soziale) und subjektive Aspekte betrachtet werden: Lebensstandards, Angebotsstandards, strukturelle Bedingungen, soziale Beziehungen und die individuelle Zufriedenheit und Befindlichkeit“ (S. 8).

Wacker et al. (1998) beschreiben ihre Herangehensweise in der umfassenden Untersuchung zum Leben im Heim:

Lebenssituationen und Betreuungsverhältnisse sind immer durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren geprägt; positive oder negative Sichtweisen, Lebenszufriedenheit oder –unzufriedenheit entwickeln sich stets im Kontext individueller, sozialer und struktureller Aspekte. Strategien zur weiteren Verbesserung der Dienstleistungsproduktion in Einrichtungen, die auch in der derzeit geführten Qualitätsdiskussion zur Debatte stehen, müssen diese komplexen Zusammenhänge berücksichtigen. Wenn Hilfeleistungen in Heimen auf eine individuelle und selbstbestimmte Lebensführung sowie Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen zielen, ist ihre Gestaltung an einen interaktiven Prozess gebunden, in den sowohl die Nutzer als auch die Erbringer von Diensten ihre jeweiligen Sichtweisen und Definitionen des Erforderlichen einbringen können. In einem zusammenfassenden Überblick über die Untersuchung zu ‚Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Behindertenhilfe‘ soll daher das Augenmerk einerseits auf zentrale objektive Ergebnisse und die aus ihnen abzuleitenden Erfordernisse einer Entwicklung und Veränderung gerichtet werden; andererseits werden aus der Perspektive von Bewohnerinnen und Bewohnern Lebens- und Betreuungssituationen resümiert, in denen Risiken und Gefährdungen individueller Lebensführung zu Tage treten (S. 297).

Der folgende Exkurs stellt die vor allen Dingen methodischen Schwierigkeiten, aber auch positiven praktischen Erfahrungen in der Erfassung der subjektiven Sicht der Menschen, die in einer Institution leben, auf ihr Wohlbefinden dar. Er soll zeigen, dass es mittlerweile ermutigende Erfahrungsberichte darüber gibt, wie sich im Alltag erfolgreich der subjektiven Sicht auch von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung angenähert werden kann.

Exkurs 2. Leben im Heim – Die Befragung von Menschen, die in Institutionen leben

Was bedeutet subjektive Zufriedenheit aus Sicht eines behinderten Menschen überhaupt? Inwieweit lässt sich diese Sicht mit normativ geprägten Vorstellungen erfassen und beschreiben? Nicht zuletzt, inwieweit werden durch vereinfachte Fragen nur erwartete Antworten reproduziert? Diese Fragen können nur beantwortet werden, wenn Menschen, die in Institutionen leben, mit ihrer subjektiven Sicht konsequent in den Mittelpunkt der Beantwortung gestellt werden.

Dies wird seit mehreren Jahren unter den Schlagworten der Nutzerorientierung und Nutzerpartizipation diskutiert und in den Kontext von Qualitätsentwicklung von Diensten gestellt. Dies geschieht aber nicht nur in der Behindertenhilfe. So sehen Pawils, Satzinger, Trojan und Koch (2006) Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal im Gesundheitswesen generell. Patientenbefragungen finden sich darüber hinaus, um ein paar aktuelle Beispiele zu nennen, in der medizinischen Rehabilitation (Steffanowski, Nübling, Schmidt & Löschmann, 2006), in der Psychiatrie (Spießl, Schmid, Cording, Klein & Adler, 2006) und auch im Maßregelvollzug (Westendarp, 2006).

Für behinderte Menschen gilt, dass ihre Befragung zunächst bedeutet, mit ihnen zu kommunizieren und ihre Sicht zu berücksichtigen, was eine kontinuierliche Aufgabe der Alltagsbegleitung ist und nicht auf verbale Kommunikationsformen beschränkt ist, wie weiter unten gezeigt wird. Darüber hinaus gibt es zunehmend gute Erfahrungen mit der systematischen Erfassung der subjektiven Sicht von Menschen, die in Institutionen leben, und Nutzung dieser Rückmeldungen für Qualitätssicherungs- und Evaluationsprojekte. Holst (2000) stellt hierzu verschiedene methodische Ansätze vor: Zukunfts-Workshops, die Video- und Bild-Methode sowie die teilnehmende Beobachtung. Auch standardisierte Verfahren konnten mit Erfolg entwickelt werden, um die subjektive Sicht auf die Lebensbedingungen und die Zufriedenheit von Menschen, die in Institutionen leben, zu erfassen (vgl. Krüger, 2000). Für Ollech (2000), der auf der Basis der Indikatoren zur Lebensqualität nach Beck ein elaboriertes Verfahren zur Befragung entwickelt und für eine große Zahl an Menschen, die in einer Institution leben, erfolgreich angewendet hat, besteht das Ziel von Befragungen in einem Abgleich der objektiven Lebens- und Wohnbedingungen mit den subjektiven Bewertungen der Menschen, die in der Einrichtung leben, um darüber Hypothesen entwickeln zu können, ob die Dienste und Angebote der Einrichtung Ressourcen darstellen, eigene Bedürfnisse und selbstbestimmtes Leben zu realisieren.

Grundsätzlich erweist sich aber die Befragung von behinderten Menschen als schwierig und eine Annäherung als erkenntnistheoretisch problematisch, solange kein gemeinsamer Sprachraum (vgl. Rödler, 2000) geschaffen wurde. Entsprechende Probleme werden dementsprechend immer wieder diskutiert (z.B. Schäfers, 2007; Seifert, 2006; Bundschuh & Dworschak, 2003, S. 40 ff.; Helmkamp, 2000; Gromann, 1998).

Wie schon weiter oben beschrieben, lässt sich für Menschen, die in Institutionen leben, ein Zufriedenheitsparadox feststellen. Wacker et al. (1998) befragten 103 Bewohnerinnen und Bewohner zu ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit. 60,2 % gaben an, zufrieden zu sein, 9,7 % waren sogar sehr zufrieden. 24,3 % waren neutral und nur 3,9 % bzw. 1,9 % gaben an, unzufrieden und sehr unzufrieden zu sein. Wacker et al. (ebd.) interpretieren die Ergebnisse dahingehend, „dass hohe Zufriedenheit mit dem Leben im Heim weniger als Ausdruck für ‚Lebensqualität‘, sondern vielmehr als Ergebnis des Anpassungsprozesses der befragten Personen an ihren Lebensraum zu werten sei“ (S. 292). Auch Bundschuh und Dworschak (2003) kamen in ihrer Studie zur Lebenszufriedenheit in stationären Wohnformen für Erwachsene mit geistiger Behinderung zu einem ausgeprägten Deckeneffekt und damit einer hohen berichteten Lebenszufriedenheit der 143 Befragten. Auf der entsprechenden Skala lagen 73 % im Bereich von „sehr zufrieden“, 22 % im Bereich „zufrieden“, 5 % im Bereich „neutral“. Keiner der Befragten lag bezüglich der berichteten Lebenszufriedenheit im unzufriedenen Bereich (S. 147). Sie diskutieren dieses Ergebnis – wie schon Wacker et al. (1998) –

unter den Aspekten von sozialer Erwünschtheit, resignativer Anpassung und unzureichenden Vergleichsmöglichkeiten.

Wacker et al. (ebd.) fanden in ihren vertiefenden Analysen nur einen geringen Zusammenhang zwischen der allgemeinen Zufriedenheit der Befragten und deren Geschlecht. Die Befragten, die in festen Partnerschaften lebten, waren durchschnittlich nur etwas zufriedener. Hingegen gab es – querschnittlich betrachtet – einen deutlicheren Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Verweildauer der Befragten in ihrer aktuellen Einrichtung: die erst seit kurzer Zeit in der Einrichtung Lebenden waren eher zufrieden, bei denjenigen, die bis zu fünf Jahre in der Einrichtung lebten, nahm die Unzufriedenheit zu, und schließlich bei denjenigen, die länger als fünf Jahre in der Einrichtungen lebten, war wieder eine höhere Zufriedenheit festzustellen. Explorativ untersuchten die Autoren den Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und strengen Vorgaben bzw. Regeln innerhalb der Einrichtung mit dem Ergebnis, dass zwar ein Zusammenhang bestand, der jedoch einer weiteren Erforschung bedurfte (S. 294). Schäfers (2007) befragte in seiner Dissertation 147 Personen aus 47 Wohneinheiten mit einem eigens hierzu entwickelten Fragebogen zu ihrer Lebensqualität, wobei im Mittelpunkt des Interesses das subjektive Wohlbefinden, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten und die Partizipation am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben standen. Als wesentliche Ergebnisse fasste er zusammen, dass die Personen mit einem hohen Hilfebedarf tendenziell unzufriedener waren und weniger Wahlmöglichkeiten erlebten, wohingegen Personen in kleinen Wohneinheiten zufriedener waren und mehr Wahlmöglichkeiten erlebten. Seine Hypothese über den positiven Zusammenhang von Wahlfreiheit und Wohlbefinden konnte er bestätigen.

Für die Befragung von Menschen mit Behinderungen liegen mittlerweile zahlreiche weitere Untersuchungen vor, die allesamt trotz methodischer Schwierigkeiten die Möglichkeiten und Chancen der Befragung und die Nutzung der Ergebnisse für die Weiterentwicklung von Angeboten positiv bewerten, zum Beispiel:

Sonnenberg (2005) berichtet über die Befragung von 181 Bewohnerinnen und Bewohnern mit einem standardisierten Fragebogen, der als Interviewleitfaden eingesetzt wurde, zu den Schwerpunktthemen „Zufriedenheit“ und „Selbstbestimmung“.

Seifert (2006) berichtet über eine Nutzerbefragung von 176 Frauen und Männern, die in Berliner Wohngemeinschaften leben, über ihre Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation und mit der Unterstützung durch die Professionellen.

Hagen (2007; 2002) berichtet von positiven Erfahrungen mit einem qualitativen Forschungszugang in der Befragung von 23 Menschen mit geistiger Behinderung über die Erhebung differenzierter Selbstaussagen und Selbstkonzepte.

Ruef (2001) berichtet von einem qualitativen Forschungszugang bei der Befragung von Menschen mit Autismus und geistiger Behinderung über die Reflexion eigenen Problemverhaltens und ihrer Möglichkeiten, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln lösungsorientierte Vorschläge zu entwickeln.

Giese, Hofmann und Overbeck (2002) berichten von der erfolgreichen Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung über ihre subjektiven Autobiografietheorien und beschreiben ihr Forschungsparadigma als Forschung „mit“ behinderten Menschen, nicht „über“ sie.

In eigenen Untersuchungen konnten Glasenapp und Schweizer (2005) ein Instrument zu Befragung von Menschen, die in Institutionen leben, entwickeln und in verschiedenen Einrichtungen erfolgreich anwenden. Das Verfahren orientiert sich inhaltlich ebenfalls an den Kriterien für Lebensqualität nach Beck. Es stellte sich in der Konstruktion des Fragebogens, der ebenfalls bei Bedarf als Interviewleitfaden dient, aber heraus, dass die befragten Menschen teilweise abweichende Aspekte ihres Lebens betonen. Vor diesem Hintergrund wurde dafür plädiert, die zu befragenden Menschen bereits in der Konzeptionalisierung und Konstruktion weitestgehend zu beteiligen. Für die Auswertung und Nutzung der Ergebnisse wurden drei Stolpersteine beschrieben (ebd.):

1. Die Rückmeldungen müssen in einen kontinuierlichen organisationalen Weiterentwicklungsprozess eingebettet werden, andernfalls droht eine Verstärkung von Rückzugstendenzen: „Dies bedeutet, dass da, wo Menschen die Möglichkeit zur Mitbestimmung gegeben wird, der Ärger und Unmut darüber, wenn sich nichts oder nur sehr langsam etwas bewegt, größer sein wird, als wenn ihnen gar nicht erst die Möglichkeit zur Mitwirkung gegeben worden wäre“ (S. 59).
2. Bestimmte Fragen laufen nur darauf hinaus, sich das zu bestätigen, was eh schon vermutet wurde im Sinne einer selbst erfüllenden Prophezeiung.
3. Die Befragung von Menschen, die in Institutionen leben, stellt den Beginn eines Prozesses dar, nicht das Ende. Menschen, die jahrelang in einer fremdbestimmten Umgebung gelebt haben, müssen erst lernen, Wahlangebote wahrzunehmen und sich entsprechend zu entscheiden. Auch die beteiligten Menschen, die in der Institution arbeiten, müssen lernen, einen gezielten Perspektivenwechsel zu vollziehen, hierzu Fragen zu stellen, unklare Antworten auszuhalten und die Ergebnisse der Befragung ernsthaft zu nutzen.

2.2.4. Die psychologische Sicht auf Wohlbefinden

Die Lebenszufriedenheitsforschung hat gezeigt, dass die äußeren Gegebenheiten eines Menschen in Form von Lebensstandards seine Lebensqualität und damit sein subjektives Wohlbefinden beeinflussen. Demnach bestimmt das Sein das Bewusstsein. Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass es keine lineare Beziehung zwischen Lebensstandards und Wohlbefinden gibt, sondern subjektive Faktoren, kognitive Bewertungen und Einstellungen, das Erleben von Situationen stark moderieren und damit die Bewertung des Outcomes von Lebensstandards eine zentrale Bedeutung erhält.

Diese Erkenntnis stellt die Kernaussage konstruktivistischer Erkenntnistheorie dar (z.B. Maturana & Varela, 1987), in dem wir uns unsere Welt „konstruieren“ und von diesen „Konstruktionen“ wiederum unser Denken, Fühlen und Handeln bestimmt wird. In diesem Fall bestimmt dann das Bewusstsein das Sein, wobei betont werden soll, dass Bewusstsein in diesem Kontext weit mehr als die rationalen und kognitiven Prozesse berücksichtigt, dass das Bewusstsein durch emotionale Prozesse wie auch Prozesse, die dem Bewusstsein erst mal gar nicht zugänglich sind, bestimmt werden kann. So besteht allein schon erkenntnistheoretisch die Verpflichtung, die subjektive Sicht eines Menschen zu berücksichtigen, wenn es um Aussagen über seine erlebte Umwelt geht, wie bereits oben beschrieben wurde.

Dennoch bleibt Wohlbefinden ein schwer zu greifendes Konstrukt. Negativ definiert wird die Bedeutung dieses Konzeptes deutlich bei der Betrachtung der Folgen, wenn Wohlbefinden nicht erfüllt ist. Dann drohen Krankheiten und eine Störung des physischen und psychischen Gleichgewichts (vgl. Beck, 2000).

Bei der positiven Beschreibung von Wohlbefinden wird es jedoch schwieriger. Hier sieht Beck (1998, S. 277) als grundlegende Voraussetzungen für das Erreichen individuellen Wohlbefindens zunächst a) die Partizipation an unterschiedlichen sozialen, auch selbst gewählten und informellen Beziehungen, b) Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten, c) Wahlmöglichkeiten, Chancen zur Entwicklung von Bewertungs- und Vergleichsmöglichkeiten und schließlich d) Chancen zur Realisierung von physiologischen und psychosozialen Bedürfnissen in subjektiv befriedigender und objektiven Standards entsprechender Weise. Es wird deutlich, dass auch bei diesen Kriterien die Sicht auf das „Außen“ eines Menschen fällt, auf die Möglichkeiten und Chancen, die in seinem Umfeld liegen bzw. sich aus seiner Interaktion mit ihr ergeben – oder eben nicht.

Die psychologische Wohlbefindlichkeitsforschung beschäftigt sich hingegen stärker mit den internen Prozessen, die das Wohlbefinden bestimmen, z.B. der Wahrnehmung der eigenen Person und ihrer Umwelt und den daraus resultierenden Bewertungsprozessen und Einstellungen (Halisch & Geppert, 2000). Sie erarbeitet darüber hinaus Erklärungsansätze für das Paradox der Zufriedenheit. Auf der Suche nach den Ursachen für diese internen Bewertungsprozesse, die zum Teil zu verzerrten oder illusionären Realitätswahrnehmungen führen können, gelten dabei folgende Variablengruppen als bedeutsam (ebd.):

- a) Dispositionelle Persönlichkeitsmerkmale, z.B. Selbstkonzept, Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen;
- b) Bewältigungsstile, mit denen Menschen ihre eigenen Erwartungen mit sich verändernden Umweltanforderungen in Einklang bringen;
- c) persönliche Zielsetzungen.

Diese Variablengruppen sollen im Folgenden zunächst allgemein vorgestellt werden, um sie dann in einem zweiten Schritt auf Menschen, die in Institutionen leben, zu übertragen.

2.2.4.1. Selbstkonzept, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit

In Anlehnung an Epstein (1979; vgl. auch Eggert, Reichenbach & Bode, 2003) wird das Selbstkonzept als Theorie eines Menschen über die Wirklichkeit verstanden, die sich aus den interagierenden Theorien über die eigene Person und die Außenwelt zusammensetzt. Das Selbstkonzept umfasst u.a. Selbstbewertungen und -einschätzungen, das Selbstbild, ein Konzept vom eigenen Körper sowie ein Konzept eigener Fähigkeiten.

Das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten hat in der Motivations- und Sozialpsychologie eine lange Tradition und ist am intensivsten erforscht worden, so dass es hier ausführlicher dargestellt werden soll.

Meyer (1983; 1984) untersuchte in Leistungssituationen einen Teilaspekt des Selbstkonzeptes, das Konzept eigener Begabung. Dabei konnte er feststellen, dass unabhängig von den tatsächlichen

Leistungsergebnissen die mit Erfolg und Misserfolg einhergehenden Emotionen das Leistungsverhalten der Personen nachteilig beeinflussen können. Er konnte für den Normbereich zeigen, dass zwischen dem Begabungskonzept und Intelligenzwerten kein Zusammenhang bestand. Dies bedeutet, dass die Einschätzungen der eigenen Begabung und tatsächliches Leistungsverhalten deutlich voneinander abweichen können (ebd.). In Abhängigkeit ihres Selbstkonzeptes führen Menschen Erfolge und Misserfolge auf unterschiedliche Ursachen zurück (Attribution): Dabei ist der Grundgedanke, dass sich ein Mensch beispielsweise Erfolg in einer Aufgabe auf vier verschiedene Weisen erklären kann: a) mit der eigenen Anstrengung, b) mit hohen Fähigkeiten, c) mit Zufall oder schließlich d) mit der Leichtigkeit der Aufgabe. Während die Anstrengung und die Fähigkeit als internal bezeichnet werden, da sie in der Person liegen, gelten Zufall und die Aufgabe als external. Gleichzeitig gilt die Anstrengung und der Zufall als zeitlich variabel, da sie sich von heute auf morgen ändern können, während die Fähigkeit und die Aufgabenschwierigkeit als zeitlich stabil gelten. Wenn ein Erfolg mit der eigenen Anstrengung oder eigenen Fähigkeiten (beide internal) verknüpft und der Misserfolg dagegen mit Pech oder mangelndem eigenen Einsatz (beide variabel) in Verbindung gebracht wird, unterstützt dies ein gesundes oder positives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (Weiner, 1986; Meyer & Försterling, 1993). Wird Erfolg dagegen mit Glück oder Zufall (variabel) erklärt und Misserfolg mit mangelnder Fähigkeit (internal), kann dieser Erklärungsstil zu einem niedrigen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten führen (ebd.). Personen mit einer Einschätzung hoher eigener Fähigkeiten führen Erfolg also eher auf die eigene Person und damit internale Faktoren zurück, während Menschen mit der Einschätzung niedriger eigener Fähigkeiten den Erfolg eher auf externale Faktoren zurückführen, in hohem Maße Zufall. Hinsichtlich Misserfolg zeigt sich ein entgegen gesetztes Bild: Hier erklären sich Personen mit einem Konzept hoher eigener Begabung ihren Misserfolg eher durch den externalen Faktor Zufall und Personen mit einem Konzept niedriger eigener Begabung mit dem internalen Faktor geringe Fähigkeiten. Da Fähigkeitseinschätzungen als besonders überdauernd und damit zeitlich stabil gelten, führen wiederholte Zuschreibungen von Misserfolg auf geringe eigene Fähigkeiten zur Erwartung, in entsprechenden neuen Situationen ebenfalls keinen Erfolg haben zu können. Die mit dem Konzept eigener Begabung verbundenen Zuschreibungen von Erfolg und Misserfolg können somit selbstwertförderlich aber auch –hinderlich sein, wenn auch nicht alle Ergebnisse durch rationale Mechanismen erklärbar sind (Meyer & Försterling, 1993).

Das Konzept eigener Begabung versteht Meyer (1983) somit als sich selbst stabilisierendes System, in dem es einerseits unsere Kognitionen beeinflusst und andererseits unser Verhalten:

Ein Konzept niedriger Begabung führt zu Beurteilungen, Bewertungen und Erklärungen eigener Handlungsergebnisse, die mit der negativen Sicht von der eigenen Begabung konsistent sind; es bewirkt darüber hinaus geringe Ausdauer, ein Vermeiden fähigkeitsrelevanter Informationen und kann zu geringen Leistungen führen. Diese Erlebens- und Verhaltensfolgen (...) haben ihrerseits Rückwirkungen auf die vorhandene Sicht von der eigenen Begabung oder Fähigkeit, indem diese Sicht aufrechterhalten und zunehmend stabilisiert wird (S. 21).

Gleiches gilt – in positiver Weise – für die Stabilisierung und Selbstverstärkung eines Konzeptes hoher eigener Begabung.

Konkret wählen Menschen mit einem Selbstkonzept niedriger eigener Begabung eher leichte Aufgaben und verhindern damit die Erfahrung, dass sie auch schwerere Aufgaben lösen könnten. Sie geben in subjektiv schwierigen Aufgaben schneller auf und strengen sich weniger an. Sie interpre-

tieren schlechte Leistung, die durch den handlungsstörenden Einfluss von auf die eigene Person bezogenen Gedanken bedingt ist, fälschlicherweise als Ausdruck mangelnder Fähigkeiten. Und schließlich vermeiden sie in Erwartung negativer Informationen Leistungsrückmeldungen und damit mögliche Rückmeldung über tatsächlich hohe Begabung.

Berglas und Jones (1978) sprechen in diesem Zusammenhang auch von Self-Handicapping oder „Selbstbehinderung“ (vgl. Meyer & Försterling, 1993). Sie beobachteten, dass Menschen unter bestimmten Umständen selbst Bedingungen herstellen, die sich hemmend auf ihre Leistung auswirken, z.B. vor einer wichtigen Prüfung nicht schlafen, viel Alkohol konsumieren, sich nicht vorbereiten. Dies führt dazu, den möglichen Misserfolg nicht auf interne Faktoren, z.B. mangelnde Fähigkeit, zurückführen zu müssen, oder den Erfolg in besonders starker Weise auf die eigene Person zurückführen zu können, was in erstem Fall eher wenig selbstwertschädlich und im zweiten Fall besonders selbstwertförderlich wäre.

Nicht nur die mögliche Selbstbehinderung spielt bei dem Konzept eigener Begabung eine wichtige moderierende Bedeutung, sondern auch die Art der Rückmeldungen anderer Personen zur eigenen Leistung. Dies beeinflusst die Verarbeitung und kann das System des Selbstkonzeptes weiter stabilisieren, wie Meyer (1984) folgendermaßen beschreibt:

In Abhängigkeit davon, ob man die Fähigkeit eines Handelnden als hoch oder niedrig ansieht, wird man ihm gegenüber unterschiedliches Verhalten zeigen. Die Einschätzung kann zum Beispiel von Einfluss darauf sein, inwieweit man den Handelnden lobt oder tadelt; sie wirkt sich darauf aus, ob und in welchem Umfange man ihm hilft; sie beeinflusst die emotionalen Reaktionen gegenüber dem Handelnden, wenn ihm eine Tätigkeit gelingt oder misslingt; und sie wirkt sich darauf aus, welchen Schwierigkeitsgrad von Aufgaben man ihm zu bearbeiten gibt. Dieses Verhalten kann beim Handelnden zu Schlussfolgerungen darüber führen, wie der andere seine Fähigkeit einschätzt. Diese erschlossene Einschätzung kann dann die Selbstwahrnehmung der Begabung beim Handelnden beeinflussen und daher Auswirkungen auf seine Erwartungen, Affekte und sein Verhalten haben (S. 162).

Entsprechend der Lerngesetze soll Lob das Verhalten verstärken, Tadel seine Auftretenswahrscheinlichkeit mehr und mehr reduzieren. Dies funktioniert aber nur dann, wenn die so angesprochene Person das Lob und den Tadel auch entsprechend wertet. Da Lob und Tadel in erster Linie mit der wahrgenommenen vermuteten Anstrengung verbunden ist, kann z.B. Lob für die Lösung einer sehr einfachen Aufgabe dazu führen, dass damit dem Handelnden die Rückmeldung gegeben wird, er habe sich sehr angestrengt und verfüge somit – als indirekte Mitteilung einer Fähigkeitseinschätzung – nur über geringe Fähigkeiten. Solche Rückmeldungen wiederum fließen in das Konzept eigener Fähigkeiten ein und, vereinfacht ausgedrückt, eine Person, die für die Lösung einfacher Aufgaben immer sehr viel Lob erhält, wird beginnen, an ihren eigenen Fähigkeiten zu zweifeln und zu glauben, dass man ihr nicht mehr zutraut (ebd.).

Auch wenn das Konzept eigener Fähigkeiten vorrangig in Zusammenhang mit Leistungssituationen entwickelt und überprüft wurde, hat es dennoch weit reichenden Einfluss gehabt und ist in zahlreiche moderne Theorien eingeflossen, wie z.B. Seligmans Theorie erlernter Hilflosigkeit (1986) und Banduras Theorie der Selbstwirksamkeit (1977; 1997). Halisch und Geppert (2000) fassen entsprechend zusammen:

Übereinstimmend geht man davon aus, dass das Selbstkonzept der eigenen Fähigkeiten, verstanden als die generalisierte Erwartung, sich in unterschiedlichen Situationen als kompetent und handlungs-

fähig zu erweisen, erheblichen Einfluss auf die Verhaltensregulation und auf emotionale Befindlichkeiten hat. Die Wahrnehmung geringer eigener Kompetenz fördert Vermeidungsverhalten; Misserfolg durch Fähigkeitsmangel verursacht zu sehen, begünstigt die Entstehung von Hilflosigkeit und Depression (S. 124).

Ebenfalls durch die Arbeiten zum Konzept eigener Begabung beeinflusst wurde Decis Theorie intrinsischer Motivation und autonomen Verhaltens (Deci & Ryan, 1985), auf deren Bedeutung im pädagogischen Kontext auch Lindmeier und Lindmeier (2003) hinweisen. Sie stellt eine Erweiterung des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten dar und beschäftigt sich mit Handlungsmotivation und ihren Quellen.

Deci und Ryan (1993) differenzieren motivierte Handlungen hinsichtlich ihres Grades an Kontrolle:

Manche Handlungen erlebt man als frei gewählt; sie entsprechen den Zielen und Wünschen des individuellen Selbst. Andere werden dagegen als aufgezwungen erlebt, sei es durch andere Personen oder intrapsychische Zwänge. In dem Ausmaß, in dem eine motivierte Handlung als frei gewählt erlebt wird, gilt sie als selbstbestimmt oder autonom. Selbstbestimmtes und kontrolliertes Verhalten definieren somit die Endpunkte eines Kontinuums, das die „Qualität“ oder „Orientierung“ einer motivierten Handlung festlegt (S. 225).

Sie unterscheiden dementsprechend zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation. Intrinsisch motivierte Handlung benötigt keine Anstöße von außen, sie beinhaltet „Neugier, Exploration, Spontaneität und Interesse an den unmittelbaren Gegebenheiten der Umwelt. (...) Evident wird sie im Bestreben, eine Sache voll und ganz zu beherrschen“ (ebd.). Extrinsisch motivierte Handlungen beginnen in der Regel durch einen äußeren Anstoß, „deren Befolgung eine (positive) Bekräftigung erwarten lässt, oder die auf eine andere Weise instrumentelle Funktion besitzen“ (ebd.). Dabei unterscheiden sie vier Unterformen der extrinsischen Motivation:

1. External regulierte Handlungen, die rein von äußerer Steuerung abhängig sind;
2. introjizierte Regulation von Handlungen auf der Basis von verinnerlichten externalen Erwartungen anderer, bei denen kein äußerer Anstoß nötig ist, aber der Anlass der Handlung als von außen gegeben angesehen wird;
3. identifizierte Regulation der Handlung, wenn die externale Veranlassung der Handlung vom Handelnden selbst als persönlich wichtig und bedeutsam angesehen wird;
4. integrierte Regulation der Handlung, wenn die Ziele der Handlung in das Selbstkonzept integriert wurden.

Die integrierte Regulation kann mit ihnen (ebd.) ausführlicher beschrieben werden:

Sie ist das Ergebnis der Integration von Zielen, Normen und Handlungsstrategien, mit denen sich das Individuum identifiziert und dies es in das kohärente Selbstkonzept integriert hat. (...) Der integrierte Regulationsstil, der die eigenständigste Form extrinsischer Motivation repräsentiert, bildet gemeinsam mit der intrinsischen Motivation die Basis des selbstbestimmten Handelns. Da sowohl die integrierte Regulation als auch die intrinsische Motivation Qualitäten besitzen, die Selbstbestimmung konstituieren, sind sie einander durchaus ähnlich. Der Unterschied ist, dass intrinsisch motivierte Verhaltensweisen autoelischer Natur sind, während integriertes (extrinsisches) Verhalten eine instrumentelle Funktion besitzt, aber freiwillig ausgeführt wird, weil das individuelle Selbst das Handlungsergebnis subjektiv hoch bewertet (S. 228).

Somit löst Deci die ursprünglich als Dichotomie formulierte Unterscheidung zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation auf und differenziert diese weiter aus. Anhand der von ihnen postulierten angeborenen (psychologischen) Grundbedürfnisse des Menschen wird dies verdeutlicht: Diese Grundbedürfnisse beinhalten das Bedürfnis nach Kompetenz und Wirksamkeit, das Bedürfnis nach Autonomie oder Selbstbestimmung und schließlich das Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit oder Zugehörigkeit. Deci und Ryan (ebd.) fassen zusammen:

Wir gehen also davon aus, dass der Mensch die angeborene motivationale Tendenz hat, sich mit anderen Personen in einem sozialen Milieu verbunden zu fühlen, in diesem Milieu effektiv zu wirken (zu funktionieren) und sich dabei persönlich autonom und initiativ zu erfahren. Intrinsisch motivierte Verhaltensweisen sind in erster Linie mit den Bedürfnissen nach Kompetenz und Selbstbestimmung verbunden (...); extrinsisch motivierte Verhaltensweisen sind v.a. während ihrer Entwicklung mit allen drei Bedürfnissen verbunden (S. 229).

So wie Deci bei den Quellen motivierten Handelns zwischen internal und external unterschieden hat, wurde diese eindimensionale Unterscheidung von Rotter (1966) auch als diskriminierendes Persönlichkeitskonstrukt bei der subjektiven Bewertung von Handlungsmöglichkeiten vorgenommen. Kontrollüberzeugungen können als generalisierte Kontingenzerwartungen über die eigenen Handlungsmöglichkeiten verstanden werden. „Steht beim Selbstkonzept der eigenen Fähigkeiten der Aspekt, sich selbst als mehr oder weniger handlungsfähig zu erleben, im Vordergrund, so ist es bei den Kontrollüberzeugungen die Erwartung, Ereignisse durch eigenen Handlungen zu beeinflussen und eigene Handlungsziele erreichen zu können. Es geht somit um die Erwartung, wer oder was Kontrolle über das eigene Verhalten ausübt“ (Halisch & Geppert, 2000, S. 124).

Krampen (1991) hat das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen im deutschsprachigen Raum eingeführt und weiterentwickelt. Er erweitert Rotters Dichotomie mit den Faktoren a) Internalität, also die subjektiv wahrgenommene Kontrolle über Ereignisse in der eigenen Umwelt, b) die Erwartung, dass wichtige Ereignisse vom Einfluss anderer Personen abhängen (soziale Externalität) und schließlich, c) dass diese Ereignisse vom Zufall abhängen (fatalistische Externalität). Der von ihm auf dieser Basis entwickelte „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ wurde in der vorliegenden Untersuchung verwendet und wird im Kapitel 7 näher beschrieben.

Die Zusammenhänge von Kontrollüberzeugungen und klinischen Phänomenen sind in zahlreichen Studien untersucht worden (vgl. Peterson, 1999). Die Depressionsforschung beispielsweise zeigt, wie die mit Depression einher gehende Hoffnungslosigkeit sich negativ auf Kontrollüberzeugungen auswirkt (Beck, 1967). Auch im Alter nehmen Überzeugungen zu, sich von Faktoren abhängig zu sehen, die immer weniger der eigenen Kontrolle unterliegen (Baltes & Baltes, 1986).

Krampen (ebd.) schließlich fasst die Konstrukte Selbstkonzept und Kontrollüberzeugungen in dem übergeordneten Konzept der Selbstwirksamkeit zusammen. „In diesem Sinne beschreibt Selbstwirksamkeit dispositionale Unterschiede sowohl der eigenen Handlungsmächtigkeit als auch generalisierter Erwartungen von Person-Umwelt-Kontrolle“ (Halisch & Geppert, ebd., S. 125).

2.2.4.2. Bewältigungsstrategien

Bewältigungsstrategien stellen die zweite Variablengruppe dar, der als intern modulierendem Prozess ein großer Einfluss auf das Wohlbefinden zugesprochen wird. Zum Verständnis der Bedeutung von Bewältigungsstrategien ist es notwendig, mit Becker (2001) in seiner erweiterten Definition von Gesundheit von einem ständigen wechselwirkenden Prozess auszugehen von externen und internen Anforderungen, die auf den Menschen einwirken, und entsprechenden internen und externen Ressourcen, die ihn in der Bewältigung der Anforderung unterstützen. Gesundheit ist demnach die gelungene Balance dieses Prozesses, oder: „Der Gesundheitszustand eines Individuums hängt davon ab, wie gut es ihm gelingt, externe und interne Anforderungen mit Hilfe von externen und internen Ressourcen zu bewältigen“ (S. 47). Vor diesem Hintergrund charakterisiert er Gesundheitsförderung als „Verbesserung der Voraussetzungen zur Bewältigung externer und interner Anforderungen mit Hilfe externer und interner Ressourcen“ (S. 49), z.B. durch Verringerung von Überforderungen, angemessene Befriedigung von Bedürfnissen, Aufbau der Nutzung von Ressourcen, Erweiterung sozialer Unterstützung und Kompetenzen.

Halisch und Geppert (2000) beschreiben diesen Anpassungsprozess aus Sicht der Entwicklung im Alter, bei dem es zu einem Soll-Ist-Vergleich kommt zwischen dem erwünschten und realem Entwicklungsverlauf. Dabei geht es darum, die eigenen Ziele und Wünsche mit den realen Bedingungen in Übereinstimmung zu bringen bzw. die mit dem Alter zunehmende Diskrepanz zwischen einerseits persönlichen Präferenzen und Zielen sowie andererseits den Möglichkeiten und situativen Einschränkungen zu reduzieren. Mit Brandstädter und Renner (1988; 1990) unterscheiden sie unterschiedliche Bewältigungsstrategien für diesen Anpassungsprozess, die von Individuen aktiv gewählt und gestaltet werden können. Werden auf der Basis des Soll-Ist-Vergleichs die aktuellen Lebensumstände negativ bewertet und reichen die eigenen Fähigkeiten aus, kommt es zur Einflussnahme auf die Umwelt und eine Veränderung des Ist-Zustandes („assimilative Persistenz“). Falls die eigenen Fähigkeiten als nicht ausreichend bewertet werden oder assimilative Versuche gescheitert sind, kommt es zur Anpassung der Erwartungen und einer Reduzierung des Anspruchsniveaus als Soll-Wert („akkommodative Flexibilität“). Im Laufe des Lebens erwarten Brandstädter und Renner (ebd.) eine Verschiebung der Bewältigungsstrategien von der assimilativen Persistenz zur akkommodativen Flexibilität.

2.2.4.3. Persönliche Ziele

Ziele schließlich haben – als dritte bedeutsame Variablengruppe der psychologischen Wohlbefindlichkeitsforschung – weitreichende Folgen auf das menschliche Handeln. Sie geben die Richtung vor, so dass von den Zielen her das Verhalten am Besten zu verstehen ist (Brunstein & Maier, 1996, vgl. auch das Vorgehen der Plananalyse im therapeutischen Bereich, z.B. Caspar, 1989; Schiepek, Schütz, Köhler, Richter & Strunk, 1995; Schiepek, Strunk & Kowalik, 1995). In Bezug auf das Wohlbefinden gilt für persönliche Ziele: „Die Grundannahme ist, dass die Art und Struktur der Ziele, die man verfolgt, der Fortschritt, den man bei ihrer Verwirklichung macht und die Hemmnisse, die man bei der Realisierung erlebt, das subjektive Wohlbefinden positiv oder negativ beeinflussen“ (Halisch & Geppert, 2000, S. 126), wobei allein schon das Streben nach Zielen das Wohlbefinden erhöhen kann.

Brunstein (1999) nennt drei Gründe für die Bedeutung von Zielen in der Entwicklung von Menschen über die Zeit:

- a) Selbstgesetzte Ziele vermitteln die Erfahrung, ein sinnerfülltes Leben zu führen;
- b) Ziele können zu geistigen, sozialen und körperlichen Aktivitäten anspornen;
- c) Ziele schließlich definieren Orientierungspunkte für selbstbestimmte Entwicklung einer Person.

Exkurs 3. Wohlbefinden im Alter – Die GOLD-Studie

Die Anwendung dieser Variablengruppen in der psychologischen Wohlbefindlichkeitsforschung lässt sich gut an einem Beispiel verdeutlichen, für das der Bereich der Behindertenhilfe verlassen wird. Es zeigt, dass Wohlbefinden auch unter zunehmend schwierigen Lebensbedingungen, in diesem Beispiel bedingt durch das hohe Alter, möglich ist und dabei Zusammenhänge zu den Variablen beschrieben werden können.

Die Genetisch Orientierte Lebensspannenstudie zur Differentiellen Entwicklung (GOLD) des Münchener Max-Planck-Instituts für psychologische Forschung hat ihren Ursprung in der Zeit des Nationalsozialismus, als Gottschaldt 1937 damit begann, 90 Zwillingspaare regelmäßig über ihre Lebensspanne hinweg zu untersuchen. An dem letzten Untersuchungsabschnitt 1999 nahmen noch 20 der ursprünglichen Zwillingspaare teil, die Stichprobe wurde aber immer wieder erweitert. Insgesamt erfasste die Untersuchung 1999 191 Zwillingspaare im Alter von 63 bis 85 Jahren, zu zwei-drittel Frauen. Bei diesen wurden neben genetischen Analysen vorrangig ein Fächer von kognitiven, emotionalen, motivationalen, sozialen und sozioökonomischen Variablen erhoben, nicht zuletzt zu ihrem Wohlbefinden.

Halisch und Geppert (2000; 2001) beschäftigen sich dabei mit den Veränderungen des Wohlbefindens im zunehmenden Alter. Diese Lebensphase ist gekennzeichnet von einem negativen Wandel der Bilanz von Gewinnen und Verlieren, d.h. objektiv betrachtet nehmen negative Ereignisse zu: Abbau geistiger Fähigkeiten und körperlicher Funktionen, Verlust nahe stehender Personen, Reduktion materieller Ressourcen, Einschränkung sozialer Aktivitäten etc.

Trotzdem findet sich in dieser Altersgruppe ein hohes Maß an Wohlbefinden und nur eine geringe Abnahme der Werte ab etwa 75 Jahren (Brandstädter & Greve, 1992). Dieses erneute paradoxe Ergebnis wird nicht mit methodischen Mängeln erklärt (Staudinger, 1997, zitiert nach Halisch & Geppert, 2000), sondern mit Verweis auf die Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996) damit, dass Wohlbefinden nur indirekt durch die objektiven Lebensumstände zu erklären ist, vielmehr die subjektiven Bewertungen dieser Lebensumstände die entscheidenden Determinanten sind.

Als Ergebnisse der Teiluntersuchung zum Wohlbefinden lassen sich zusammenfassen (Halisch & Geppert, 2000):

- a) Im Durchschnitt ist das Wohlbefinden der teilnehmenden älteren Zwillingspaare deutlich positiv, dennoch gibt es erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Personen.
- b) Der wichtigste Unterschied zwischen den zufriedenen und unzufriedenen Teilnehmerinnen der Untersuchung ist die Selbstwirksamkeit. Hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung, also die Ein-

schätzung, hohen Einfluss auf die eigene Umwelt zu haben bei geringer Überzeugung, durch externale Einflüsse gesteuert zu sein, geht mit hoher Zufriedenheit und positivem Wohlbefinden einher.

- c) Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit setzen differenziert unterschiedliche Bewältigungsstrategien ein (assimilative Persistenz und akkommodative Flexibilität), wobei das Wohlbefinden im Alter vorrangig mit der akkommodativen Flexibilität in positivem Zusammenhang steht. Hartnäckigkeit bei der Zielerreichung wirkt sich tendenziell eher negativ auf das Wohlbefinden aus, was vermutlich aber erst mit zunehmenden Alter zu verzeichnen ist, da Brandstädter und Renner (1988, zitiert nach Halisch & Geppert, 2000) berichten, dass Hartnäckigkeit bei Menschen im Alter von 18-81 Jahren insgesamt eher in positivem Zusammenhang mit Zufriedenheit steht.
- d) Die Entschlossenheit, mit der persönliche Ziele verfolgt werden, steht in keinem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden. Je mehr aber die persönlichen Ziele für realisierbar gehalten werden und je höher die subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit ist, desto größer ist die Zufriedenheit.
- e) Es gibt einen bedeutsamen geschlechtsspezifischen Effekt: Die Männer der Untersuchung sind im Durchschnitt deutlich besser gestimmt und zufrieden, haben aber auch eine höhere Selbstwirksamkeitsüberzeugung und schätzen ihre Ziele als realisierbarer ein als die Frauen.
- f) Zwischen den Gruppen mit weiter zunehmendem Alter gibt es keine Unterschiede bezüglich ihres Wohlbefindens. Hinsichtlich der anderen Variablen gibt es nur teilweise Altersunterschiede. So bleibt die interne Kontrollüberzeugung über das Alter weitestgehend stabil, während die externe Kontrollüberzeugung mit zunehmendem Alter steigt.

2.3. Das Konstrukt Selbstbestimmung

Nach einem ersten Überblick über das Konstrukt der Lebensqualität mitsamt seinen unterschiedlichen Herangehensweisen wird nun mit der Selbstbestimmung der Blick auf einen weiteren wesentlichen Diskurs innerhalb der Behindertenhilfe gelegt. Dies ermöglicht ein vertieftes Verständnis der der Behindertenhilfe inhärenten Motive und damit der Chancen und Risiken von Veränderungsprojekten. Die Selbstbestimmung ist dabei zu einem aktuellen Schlüsselbegriff der Diskussion um Menschen mit geistiger Behinderung geworden (vgl. zum Überblick Lindmeier, 1999), der schillernde Titel zahlreicher Abhandlungen und Tagungen der letzten Jahre (vgl. z.B. Bundesvereinigung Lebenshilfe, 1997). Sie findet sich als Forderung für eine veränderte Praxis über die Behindertenhilfe hinaus im Bereich der Pflege (Behrens & Zimmermann, 2006), der Musiktherapie (Rink, 2005) und wird hierzu im psychosozialen Kontext mit der Erweiterung von Möglichkeiten zur Partizipation in Verbindung gebracht (vgl. zum Überblick Seckinger, 2006). Die Vielfalt des Begriffes und seine Verwendung auf unterschiedlichen Diskurs-Ebenen machen ihn so attraktiv, aber auch unscharf in der wissenschaftlichen Verwendung.

Die Forderung nach Selbstbestimmung innerhalb der Behindertenhilfe hat eine plakative und damit appellative Funktion, die ihr in der aktuellen Diskussion einen berechtigten Platz einräumt. Die Selbstbestimmung ist das Gegenteil der abgelehnten Fremdbestimmung, die die Lebensrealität vieler behinderter Menschen tagtäglich prägt, und das Gegenteil eines unerwünschten Zustandes muss ja bekanntlich gut sein. Die Förderung von Selbstbestimmung wird zu einem Anspruch für

das aktuelle pädagogische Handeln Professioneller, obwohl sie – bei unreflektierter Verwendung als ein „Erfolgsrezept“ (Klauß, 1999) – die Handelnden oftmals überfordert und in einem Dilemma zurücklässt (Rock, 1996), das noch näher vorgestellt wird.

Der Grundgedanke der Selbstbestimmungsdebatte besteht darin, dass subjektives Wohlbefinden nur möglich ist, wenn die individuellen Bedürfnisse angemessen befriedigt werden, wie bereits oben vorgestellt wurde. Dies wiederum setzt voraus, die individuellen Bedürfnisse zu kennen und entsprechend umzusetzen. Hier setzt die Forderung nach Selbstbestimmung an, denn wer kann besser wissen, welche Bedürfnisse wie zu befriedigen sind als der Mensch selber, um den es geht: Menschen mit Behinderungen sind die Experten in eigener Sache. Hahn (1994) fasst zusammen: „Wird Selbstbestimmung nicht gewährt und ausschließlich Fremdbestimmung praktiziert, besteht die Gefahr, dass Bedürfnisse nicht erkannt, nicht respektiert und nicht befriedigt werden können“ (S. 83).

Klauß (2000a) nennt zahlreiche positive Gründe für die Beschäftigung mit Selbstbestimmung: es sei unbestreitbar ein aktuelles Thema, Selbstbestimmung gehöre zum Menschsein, das Ermöglichen von Selbstbestimmung entspreche einem demokratischen Selbstverständnis, der Trend der Individualisierung durchzöge die gesamte Gesellschaft, Menschen mit Behinderungen forderten Selbstbestimmung schließlich selbst ein, eine Förderung der Menschen gegen sie selbst sei nicht möglich, klare Willensäußerungen seien durch entsprechende Konzepte möglich und viele herausfordernde Verhaltensweisen seien mögliche Versuche der Selbstbestimmung und Forderung hierzu.

Er nennt aber auch „negative Gründe“ (S. 7) für die Beschäftigung mit Selbstbestimmung, die bei der Nichtberücksichtigung von Selbstbestimmung zu erwarten sind: die frühe menschliche Entwicklung unter den Bedingungen einer kognitiven Schädigung fördere das Gefühl, nichts bewegen und beeinflussen zu können, mangelndes Selbstwertgefühl und daraus resultierende problematische Formen, dieses aufrecht zu erhalten, sei bei vielen erwachsenen Menschen mit und ohne Behinderung zu finden, Einschränkung der Autonomie bei Menschen mit geistiger Behinderung in sozialen Beziehungen bedeute eine erhebliche Einschränkung von Lebensqualität und Menschenrechten, Gewalt liege nahe, in Familien und in Institutionen, wenn individuelle Äußerungen und Wünsche von Menschen vor allem unter dem Aspekt gesehen würden, wie sie im Sinne eines leistbaren und reibungslosen Ablaufs vorgegebenen Regeln angepasst werden könnten.

Allein schon bei der Definition von Selbstbestimmung werden die Probleme dieses Konstrukts deutlich. Mühl (1997) beispielsweise definiert Selbstbestimmung wie folgt: „Zunächst bedeutet Selbstbestimmung die Möglichkeit des Individuums, Entscheidungen zu treffen, die den eigenen Wünschen, Bedürfnissen, Interessen oder Wertvorstellungen entsprechen. Der Gegenbegriff ‚Fremdbestimmung‘ meint tatsächlich oder zumindest nach eigener Befindlichkeit von anderen bestimmt oder überstimmt zu werden; er charakterisiert die Unmöglichkeit oder Schwierigkeit, Selbstbestimmung zu üben“ (S. 312). So wird Selbstbestimmung über die Abwesenheit der Fremdbestimmung definiert, wobei die Fähigkeit, Entscheidungen entsprechend eigener Wünsche und gleichzeitig korrespondierend mit der eigenen Einbettung in sozialen Beziehungen treffen zu können (mitsamt der dazu erforderlichen Kompetenzen) als gegeben angesehen wird.

Dementsprechend bedeutet Selbstbestimmung auch nicht den Wegfall von Hilfen, sondern vielmehr die Bestimmung über Inhalte und Form der Hilfe (Niehoff-Dittmann, 1997, S. 58). Und

Haeberlin (1996, S. 486) zeigt, dass Selbstbestimmung nicht mit Selbständigkeit als optimaler Unabhängigkeit von Unterstützung gleichzusetzen ist (vgl. auch Rittmeyer, 2001). In diesem Sinne bedeutet – aus Sicht behinderter Menschen – „für uns (...) selbstbestimmt Leben nicht die eigenständige Ausübung von physischen Tätigkeiten. Es bedeutet in der Lage zu sein, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Es ist ein Denkprozess und ist nicht abhängig von einem ‚normalen Körper‘“ (Heumann, zitiert nach Netzwerk People First, o.J.).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die unterschiedlichen Herangehensweisen an Selbstbestimmung sich in einer Bedeutungsvielfalt widerspiegeln, die im Alltag der Auseinandersetzung mit diesem Konstrukt immer wieder zu Missverständnissen führen kann. Die Vielfalt wird erst dann klarer, wenn wie durch Lindmeier und Lindmeier (2003) unter Rückgriff auf die US-amerikanische Literatur verdeutlicht wird, dass Selbstbestimmung eine leitende Funktion in ganz unterschiedlichen Diskursen einnimmt. Mit Selbstbestimmung kann dementsprechend gemeint sein:

- a) Ein Bündel an Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. Kompetenzen, die gelernt werden können und gelehrt werden müssen;
- b) ein innerer Antrieb zu autonomen, selbst gesteuertem und selbstbewusstem Verhalten (in dem Sinne, sich seiner selbst bewusst zu sein);
- c) eine Form menschlicher Selbstgestaltung, die sich nur im Rahmen kommunikativer und sozialer Beziehungen vollzieht;
- d) ein politisches Recht, als Bürgerrecht, das jedem Menschen unabhängig vom Grad seiner Behinderung zusteht;
- e) eine Aufforderung zur Veränderung des Systems der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung.

Lindmeier und Lindmeier (ebd.) verweisen darauf, dass in der deutschsprachigen Fachdiskussion besonders der zweite Aspekt fokussiert wurde (z.B. Osbahr, 2000) und insbesondere die anderen Diskurse einer näheren Betrachtung lohnen (vgl. zur unterschiedlichen Rezipierung des Selbstbestimmungsgedankens in der deutschsprachigen und angelsächsischen Diskussion auch Biewer, 2000).

Die Vielfalt der beschriebenen Bedeutungen und seine damit einhergehende Unbestimmtheit haben immer wieder auch Kritik am Konstrukt Selbstbestimmung provoziert. In jedem Fall gilt dabei jedoch, dass die Bedeutung von Selbstbestimmung in seiner Funktion als Einforderung eines Grundrechts in einer normativen Debatte und in seiner appellativen Funktion für die Veränderung des Hilfesystems als „nachholende Befreiung“ (Waldschmidt, 1999) von Menschen mit geistiger Behinderung in fremdbestimmten Lebenskontexten uneingeschränkt Bestand und Gültigkeit hat (vgl. Punkte 4 und 5 der Aufzählung von Lindmeier und Lindmeier, die somit auch im Mittelpunkt der „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben“ und dem „Netzwerk People First“ stehen).

Der erste kritische Einwand in der Selbstbestimmungsdebatte führt an grundlegende Dilemmata zwischen Selbst- und Fremdbestimmung in der pädagogischen Praxis heran, für die es keine einfachen Lösungen gibt. Bereits 1996 hat Rock darauf verwiesen, dass die Verschiebung der Machtverteilung von den Professionellen hin zu den behinderten Menschen oftmals erst durch die Professionellen angestoßen wird, wodurch es zu einem „prinzipiellen Dilemma“ kommt (S. 231). Gröschke (2004) spricht in diesem Zusammenhang von dem professionellen Doppelmandat, einer strukturell

unaufhebbaren Doppelfunktion aus Hilfe und Kontrolle und stellt mit Bezug auf Kant in seiner pädagogischen Anthropologie die Frage: „Wie kultiviere ich die Freiheit bei dem Zwange?“ (S. 8). Lindmeier (1999) zeigt anhand eines Fallbeispiels aus der Schwerstbehindertenpädagogik, dass Freiheit als Ziel der Erziehung und Bildung einerseits und Erziehen und Bilden als fremdbestimmende, richtungsgebende Einflussnahme andererseits sich gegenseitig nicht ausschließen müssen, sondern als prinzipielle Paradoxie der Pädagogik überwunden werden können (vgl. aktuell hierzu auch das von Seidel, 2006, beschriebene Spannungsverhältnis von Selbstbestimmung und strukturierten Ansätzen nach TEACCH bei Menschen mit Autismus). Rittmeyer (2001) bietet mit Frühauf und Mühl Lösungen an, die jedoch auf die Akzeptanz des Dilemmas hinführen, anstatt es zu überwinden. „Frühauf (1997, S. 304) bezeichnet die Notwendigkeit, Interessen des Kindes zu überschreiten, um Verhaltensalternativen zu erweitern, als Paradoxie, die er als der Selbstbestimmung immanent begreift und deshalb auch nicht aufzulösen versucht. Mühl (1997, S. 312) vertritt die Ansicht, dass im Erziehungsprozess eine sogenannte ‚Unterlegenheitszumutung‘ notwendig wird und sich dann legitimieren lässt, wenn die Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung hinführt“ (S. 145). Dies wird damit begründet, dass einer Behinderung eine erhöhte Abhängigkeit immanent ist. So bedeutet Behinderung, wie Hahn bereits 1981 festgestellt hat, in einem „Mehr an sozialer Abhängigkeit“ zu leben. In diesem Angewiesensein auf Unterstützung für die Realisierung persönlichen Wohlbefindens liegt demnach auch die Gefahr der Fremdbestimmung, weil behinderte Menschen dadurch „weniger Möglichkeiten haben, auf die selbständige Gestaltung ihres Lebens Einfluss zu nehmen. Umgekehrt bedeutet dieses ‚Mehr an Abhängigkeit‘ für uns in der sozialen Umwelt ein ‚Mehr an Macht‘ über das Leben anderer mit der ständigen latenten Versuchung zum Machtmissbrauch. Deshalb müssen wir uns unsere Verantwortung für das Leben anderer bewusst machen und uns gegen Machtmissbrauch sensibilisieren“ (Hahn, 2006, S. 14, Hervorhebung im Original). In der sozialen Abhängigkeit entsteht somit ein Machtgefälle, das ohne entsprechende Reflexion droht, sich selbst zu verstärken, in dem es die Entwicklung zur Autonomie behindert. Metzler (2000) versucht unter Rückgriff auf Drolshagen (1998) diesen Widerspruch aufzulösen:

Von einem unlösbaren Widerspruch müssen wir dann ausgehen, wenn aufgrund eines Hilfebedarfs, d.h. aufgrund einer fehlenden oder eingeschränkten Selbständigkeit der Lebensführung, auch das Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt wird, wenn diejenigen, die Hilfen in Anspruch nehmen müssen, sich an den Vorgaben der Helfenden und der entsprechenden Organisationen zu orientieren haben. Dies kann sich z.B. darauf erstrecken, welche Hilfen überhaupt zugestanden werden, es kann heißen, dass Helfer definieren, wie Hilfen erbracht werden, und dass vorgegeben ist, unter welchen Bedingungen Hilfen erbracht werden, d. h. zu welcher Zeit, an welchem Ort und durch wen. Dem entgegen nun ein Leben mit Hilfebedarf als alternative Lebensform zu betrachten, hieße, solche Lebensformen in das breite und ausgesprochen heterogene Spektrum heute möglicher Lebensweisen aufzunehmen (S. 25 f.).

Ein weiterer kritischer Aspekt innerhalb der Selbstbestimmungsdebatte ergibt sich durch das schwer zu integrierende Dilemma von „Selbst und Fremd“, „ich und du“, auf das Dörner (2000) verweist. Er führt seine Kritik am „Selbst“ und seiner reduzierten Verwendung innerhalb der Selbstbestimmungsdebatte weiter aus, denn „dann wird es ganz witzig, weil soziale Beziehungen dann besser zu verstehen sind als eine Art Gleichgewicht zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung; oder noch etwas radikaler: Dann sind soziale Beziehungen zu verstehen als Schritte in Richtung Selbstbestimmung, eingebettet in Fremdbestimmung“ (S. 16). So vollzieht sich die Entwicklung von Menschen immer in Beziehungen bzw. genauer in Bindung. Und auch Thimm (1997) for-

dert in der Selbstbestimmungsdebatte eine stärkere Berücksichtigung und differenziertere Betrachtung genau dieser sozialen Beziehungen, „welche Selbstbestimmung erst einen Sinn für das handelnde Subjekt geben“ (S. 227)⁸. In diesem Zusammenhang wird auf das eingangs beschriebene Spannungsfeld zwischen Autonomie und Bindung verwiesen. Die Lösung dieses Spannungsfeldes kann nicht in einem „entweder-oder“ liegen, sondern verlangt ein „sowohl-als-auch“. So spricht Hahn (1987) davon, dass nicht die größtmögliche Unabhängigkeit einen Menschen befriedigt, sondern der Idealfall eine Balance zwischen einem Maximum an Unabhängigkeit und einem Minimum an bedürfnisbefriedigender Abhängigkeit darstellt. Lindmeier und Lindmeier (2003) selber versuchen das Dilemma unter Rückgriff auf die bereits vorgestellte Theorie von Deci und Ryan aufzulösen:

Die Überwindung des scharfen Gegensatzes zwischen extrinsischer und intrinsischer Motivation ist von großer Bedeutung, denn sie kann erklären, wie die Übernahme von außen gesetzter Handlungsimpulse in das Selbstkonzept und die damit notwendig werdende Integration konkurrierender Handlungsziele und Wertvorstellungen gelingen kann. Sie überwindet damit die Vorstellung, Selbstbestimmung sei notwendig ein tendenziell „a-sozialer“ Akt und schafft den Anschluss an das Ziel der „Selbstbestimmung in sozialer Integration“ (S. 123).

Einen dritten, hier vorzustellenden kritischen Aspekt am Konstrukt der Selbstbestimmung beschreibt Stinkes (2000) unter Rückgriff auf Waldschmidt (1999). Sie dekonstruiert das Konstrukt Selbstbestimmung und stellt es in den historischen Kontext seiner Entstehung. Sie widerspricht damit dem Gedanken eines angeborenen Bedürfnisses. „Selbstbestimmung und autonom zu sein, ist keine Wesenseigenschaft des Menschen, sondern eine tradierte Selbstbeschreibung des Menschen. Sie ist in ihrer heutigen prononcierten Gestalt eine Erfindung, wobei vergessen wird, dass sie eine geschichtlich gewordene Idee darstellt“ (S. 170). Demnach ist Selbstbestimmung abhängig von seiner konkreten Ausgestaltung unter politischen, ökonomischen, kulturellen und sozialen Bedingungen, die die Möglichkeiten zum selbstbestimmten Handeln massiv beschränken, und mündet so in einem Spannungsfeld. Sie führt aus:

Die Forderung beeinträchtigter Menschen nach Selbstbestimmung befindet sich – in jeder Form der Konstruktion von Selbstbestimmung – im Spannungsfeld zwischen der notwendigen Einforderung humaner Rechte im Sinne einer „verspäteten Befreiung“ (Waldschmidt, 1999, S. 28) und dem Rückgriff auf ein verblendetes Verständnis von einem Subjekt, das die Grenzen seiner ökonomischen, sozialen und kulturellen Ressourcen scheinbar ignorieren kann, wenn es sich erfolgreich an neoliberalen, gesellschaftlichen Reproduktionsprozessen beteiligen will (S. 176).

Sie weist ausdrücklich darauf hin, dass Selbstbestimmung in einer Zeit besondere Beachtung findet, in der der Individualismus – mit seinen individuellen Rechten und seiner Würde, aber auch mit seinen Risiken und seinem Unglück – sich zu einer gesellschaftlichen Maxime entwickelt (vgl. Kapitel 1). Die Betonung und Beschäftigung mit dem „Selbst“ in vielfältigen positiv rezipierten Ausdrucksformen schließt die Schattenseite der „Selbstaussbeutung“ aus:

⁸ An dieser Stelle möchte ich Rödler (2008) danken, der im Rahmen seines Vortrages auf dem Werkstatttreffen am 22.02.2008 in Münster auf die Uneignung des Konstruktes Selbstbestimmung hingewiesen hat, indem er eine Geschichte über den Amok laufenden Schüler von Erfurt, der in diesem Zustand ein Maximum an Selbstbestimmung realisierte, wiedergab: Als dieser dabei war, nach bereits mehreren Morden seinen ehemaligen Lehrer zu erschießen, blickte ihn der Lehrer an sagte: „Schau mir in die Augen und erschieß mich dann“. Mit dieser Aufforderung, in Beziehung zu treten, durchbrach der Lehrer den Amoklauf und der Schüler nahm sich selbst das Leben.

Unter den Bedingungen einer technologischen, globalisierten, neoliberalen Welt kann das Streben nach Befriedigung der Bedürfnisse, nach individuellem Wohlbefinden, das dem Kapitalismus immanent ist, zu einem „erregenden und kreativen Ort“ (Waldschmidt, 1999, S. 53) werden, um das Leben zu genießen. Die Auflösung von traditionellen Bindungen, die Atomisierung der Menschen (vgl. Beck, 1986), die Tyrannei des Privaten, das Risiko der Freiheit sind Schattenseiten neoliberaler Traumgebilde (S. 179).

Die Freiheit der Wahl, die mit dem Individualismus einher geht, wird dann von einem „Dürfen“ zu einem „Müssen“, das dem Einzelnen immer neue Regulationsanforderungen stellt und „das aufnötigt, Sinngebung zur privaten Angelegenheit des einzelnen ‚kompetenten Akteurs‘ zu machen“ (S. 181). So wird daraus ein erneuter Zwang, ein „Pflichtprogramm“ (ebd.). Keupp (1994) schreibt hierzu:

Wer die Gegenwart einzuschätzen versucht, kann zu zwei entgegen gesetzten Lesarten kommen. Die radikale Enttraditionalisierung der Lebensformen eröffnet einerseits historisch beispielelose Möglichkeiten der Selbst-Organisation; andererseits verstärkt und verschärft sich der Wunsch nach Klarheit, Überschaubarkeit, Einfachheit, und entsprechende gesellschaftliche Angebote stehen hoch im Kurs. Mit der Erosion rigider Identitätsformen eröffnen sich Entfaltungsmöglichkeiten für Lebenssouveränität (ein Stück „eigenes Leben“ lässt sich das auch nennen). Aber gleichzeitig etablieren sich neue Rigiditäten, Wahrheiten und Authentizitäten. Die Rede vom „Freisetzungsprozess“ ist (wie bei Marx) ironisch zu verstehen: Die Befreiung von Zwängen und die Einrichtung neuer Abhängigkeiten greifen ineinander, vermischen sich in einem „Selbstzwang zur Standardisierung der eigenen Existenz“ (S. 336).

Er (1990) verweist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass die Chancen und Risiken, die mit Individualisierungstendenzen verbunden sind, oftmals innerhalb der Gesellschaft ungleich verteilt sind, Mechanismen einer gesellschaftlichen Ausgrenzung, die noch in weit höherem Maß für behinderte Menschen festzustellen ist (vgl. Wacker, 2008).

Durch diese Tendenz der Individualisierung drohen „feste Orte“ (Stinkes, 2000, S. 182), Beziehungen und Bindung an Bedeutung zu verlieren und die Verantwortung des Einzelnen für sich selbst droht die Verantwortung für andere zu überlagern. Mit Blick auf behinderte Menschen fasst Schäper (2006, S. 33 ff.) die dem Individualisierungsprozess innewohnende Ambivalenz zusammen⁹. So werden für die pädagogisch-therapeutische Arbeit Ansätze gesucht, die den negativen Seiten der Individualisierungs-Tendenz inhaltlich begegnen, aber auch ihre Chancen nutzen wollen. Diese Erwartung wird an das Konstrukt Empowerment geknüpft, da es neben der Selbstermächtigung deutlich stärker den sozialen Zusammenhalt, Vertrauen, Verpflichtung auf gemeinsame Ziele und Solidarität betont. Es wird im Folgenden näher vorgestellt, um zu überprüfen, inwieweit es geeignet ist, in Veränderungsprozessen ein handlungsleitendes Prinzip der Akteure zu sein.

⁹ Diese Ambivalenzen spiegeln sich möglicherweise auch in der Ausgestaltung aktueller Neubauten der Behindertenhilfe. Eine süddeutsche Einrichtung beispielsweise plant einen Neubau, der für die behinderten Menschen Einzelapartments vorsieht, mit jeweils eigenem Bad, alle mit einer eigenen Terasse, sightgeschützt gegenüber dem Nachbarn. Diese sicherlich attraktive Wohnsituation hat jedoch eine Kehrseite: die Räume für soziale Aktivitäten, das Esszimmer, das Wohnzimmer, werden auf ein mögliches Minimum reduziert, laden nicht zum Verweilen ein und begünstigen einen Rückzug ins eigene Zimmer und so vielleicht auch die Isolation dort. Zudem ermöglicht diese Ausgestaltung des Gebäudes dem Träger bei Bedarf eine unkomplizierte Umnutzung, z.B. für ältere Menschen.

2.4. Das Konstrukt Empowerment

Empowerment ist zu einem Schlagwort geworden, bei dem der politische und auch theoretische Hintergrund des Konzeptes scheinbar immer unbedeutender wird¹⁰. Der Reiz der Verwendung dieses Begriffs geht leider mit einer zunehmenden Unschärfe seiner Bedeutung einher.

Hinter dem Konstrukt Empowerment steht die schon alte Erkenntnis von Lincoln, „man hilft den Menschen nicht, wenn man für sie tut, was sie selbst tun können“ (zitiert nach Herriger, 1997, S. 7). Nach Rappaport (1985) umfasst Empowerment allgemein das Ziel, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen. Dementsprechend benennt Herriger (1997) vier Wege zur Beschreibung von Empowerment:

- a) Empowerment – politisch buchstabiert: Diese Herangehensweise definiert Empowerment als „*einen konflikthaften Prozess der Umverteilung von politischer Macht*“ (ebd., S. 12, Hervorhebung im Original). Sie resultiert aus der Geschichte politischer Reformbewegungen in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts: Bürgerrechtsbewegungen, Frauenbewegung, Selbsthilfebewegungen, Bürgerinitiativen und andere, die sich zum Ziel setzten, „die Macht etwas gerechter zu verteilen – und das dort, wo es wichtig ist, nämlich in Hinblick auf Selbstbestimmung über das eigene Leben“ (Berger & Neuhaus, 1977, S. 8, zitiert nach Herriger, ebd., S. 13).
- b) Empowerment – lebensweltlich buchstabiert: Diese Herangehensweise versteht Empowerment als „*eine gelingende Mikropolitik des Alltags* (...) und bezeichnet so das Vermögen von Individuen in Selbstorganisation zu leben“ (ebd., S. 13, Hervorhebung im Original).
- c) Empowerment – reflexiv buchstabiert: Diese Herangehensweise betont die aktive Aneignung von Macht der durch Machtlosigkeit und Ohnmacht Betroffenen selbst. Sie bezeichnet „*einen selbstinitiierten und eigengesteuerten Prozess der (Wieder-)Herstellung von Lebenssouveränität auf der Ebene der Alltagsbeziehungen wie auch auf der Ebene der politischen Teilhabe und Gestaltungskraft*“ (S. 14, Hervorhebung im Original).
- d) Empowerment – transitiv buchstabiert: Diese Herangehensweise beschreibt schließlich die Aspekte des Ermöglichens von Empowerment und der Förderung von Selbständigkeit. Sie richtet ihren Fokus weg von den Betroffenen selbst hin zu den Anderen, die im Kontext ihres beruflichen Handelns versuchen, Empowerment-Prozesse anzustoßen, zu ermöglichen und erforderliche Ressourcen bereit zu stellen. Herriger fasst zusammen (ebd.):

Empowerment ist in diesem transitiven Wortsinn programmatisches Kürzel für eine psychosoziale Praxis, deren Handlungsziel es ist, Menschen vielfältige Vorräte von *Ressourcen für ein gelingendes Lebensmanagement* zu Verfügung zu stellen. (...) Handlungsziel einer sozialberuflichen Empowerment-Praxis ist es, Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrung der eigenen Stärke aneignen und Muster solidarischer Vernetzung erproben können (S. 15 ff., Hervorhebung im Original).

¹⁰ Eine Recherche im Internet ergibt folgende thematische Zusammenhänge für das Stichwort Empowerment: Empowerment in der sozialen Arbeit, für Menschen mit geistiger Behinderung, in der Erwachsenenbildung, in der Psychiatrie, Empowerment und Gewaltfreiheit, für Frauen im Gaza-Streifen, Empowerment in der digitalen Stadtverwaltung, in der Kommunikation und Führung, Empowerment als eines der wichtigsten Managementkonzepte, in der Unternehmensführung und -entwicklung, aber auch „magical Empowerment – eine schamanische Reise durch den eigenen Körper“.

Stark (1996) ergänzt für die transitive Bedeutung im psychosozialen Bereich:

Empowerment als professionelle Haltung kann als Versuch bezeichnet werden, die sozialtechnologische „Reparaturmentalität“ der helfenden Berufe zu überwinden, indem die Aufgabe der Professionellen darin besteht, einen Prozess zu ermöglichen und anzustoßen, durch den KlientInnen (persönliche, organisatorische und gemeinschaftliche) Ressourcen erhalten, die sie befähigen, größere Kontrolle über ihr eigenes Leben (und nicht über das anderer Menschen) auszuüben und gemeinschaftliche Ziele zu erreichen (S. 118 f.).

Bei dieser Herangehensweise an Empowerment bleibt aber das Dilemma der sozialen Arbeit bestehen – wie schon bei dem Diskurs über Selbstbestimmung dargestellt –, inwieweit von außen ein innerer Prozess im Gegenüber moduliert werden kann. Und gerade in der Arbeit für behinderte Menschen bleibt die Gefahr bestehen, als professionell tätiger Helfer die Definitionsmacht darüber zu behalten, was der richtige Weg des zu Helfenden sein wird: „Wir haben kein Recht, für die Betroffenen Handlungen zu definieren, was für sie gut und qualitativ ist. Dieses Handeln im ‚wohlverstandenen Interesse‘, auch das rein ‚anwaltschaftliche Handeln‘, birgt die Gefahr der Bevormundung, der ‚fürsorglichen Belagerung‘“ (Keupp, 1999, S. 295; vgl. auch Keupp, 1992).

Entsprechend schränkt Weiß (1992) für die psychosoziale Praxis ein: „Empowerment kann nicht direkt von Fachleuten bewirkt, hergestellt oder gar verordnet werden. Es geht vielmehr um Prozesse der Selbst-Bemächtigung Betroffener, um das Auffinden eigener Ressourcen, um das Sich-Bewusstwerden und die Mobilisierung von Selbstgestaltungskräften und eigenem Vermögen, letztlich um die Wiedergewinnung von Kontrollbewusstsein“ (S. 162). Dennoch wird immer weiter daran gearbeitet, Konzepte vorzulegen, mit denen Empowerment gefördert werden kann (vgl. zum aktuellen Überblick Knuf, Osterfeld & Seibert, 2007).

Für die psychosoziale Praxis kann somit zusammengefasst werden, dass sie weniger den Menschen zu fokussieren hat als vielmehr die Bedingungen, unter denen dieser Mensch sein eigenes Empowerment-Potential entfalten kann. Dafür sind verschiedene Elemente nötig, die zunächst aufeinander aufbauen, sich dann zunehmend gegenseitig bedingen. Eine Zusammenfassung dieser Elemente liefert der Deutsche Bundestag (2002):

Ausgangspunkt des Empowerment-Konzeptes ist das Erkennen der eigenen Benachteiligung und der dafür in der Gesellschaft vorherrschenden Gründe sowie das Begreifen der Notwendigkeit, sich gegen kulturelle und soziale Erwartungen zu richten, um eine Veränderung der eigenen Situation zu erreichen. Der Erkenntnisprozess umfasst daher drei Elemente: das Begreifen von Verhaltensmustern, die Abhängigkeit und Interdependenzen, aber auch Autonomie innerhalb der Gruppe und der Gesellschaft bewirken (kognitives Element); die Entwicklung des Selbstbewusstseins, auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene etwas zur Verbesserung der eigenen Situation aktiv beitragen zu können (psychologisches Element) sowie die Erkenntnis, dass durch den Zugang zu Arbeit, Einkommen und Krediten ökonomische Unabhängigkeit erreicht werden kann (ökonomisches Element). (...) Für den Erfolg des Empowerment-Konzeptes ist daher der Zusammenschluss der betroffenen Menschen in Organisationen auf lokaler und regionaler Ebene erforderlich. Zur Schaffung der Rahmenbedingungen, in denen lokale Ansätze und Lösungen zu einer breitenwirksamen Verbesserung der Lebensumstände führen, ist darüber hinaus ein politisches Empowerment auf nationaler und internationaler Ebene notwendig (S. 232 f.).

Chamberlin (2007) legt eine ähnliche, mehr ausdifferenzierte Definition von Empowerment aus „Betroffenenseite“ (S. 20) vor.

Entsprechend dieser Elemente lassen sich Diskussionsstränge in der Behindertenhilfe abbilden: So gibt es mittlerweile eine zunehmend starke politische Bewegung der Selbstvertretung von Ansprüchen behinderter Menschen, die People-First-Bewegung oder Selbstbestimmt-Leben-Bewegung. Gleichzeitig stellt die Diskussion über das persönliche Budget (vgl. zum Überblick Schädler, Weinbach & Aselmeier, 2005) einen Beitrag dar, die finanzielle Abhängigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung zu reduzieren und damit das ökonomische Element des Empowerments zu verstärken. Für pädagogische und therapeutische Konzepte bleibt der Fokus jedoch auf dem kognitiven und psychologischen Element: dem Bewussterwerden eigener Abhängigkeit und dem Aufbau von Selbstvertrauen, eigene Möglichkeiten zu ihrer Überwindung zu nutzen.

Herriger (1997) begründet die Notwendigkeit dieser Arbeit damit, dass „das Subjektmodell des Empowerment-Konzeptes (...) getragen (ist) von dem festen Glauben an die Fähigkeiten des Individuums, in eigener Kraft ein Mehr an Autonomie, Selbstverwirklichung und Lebenssouveränität zu erstreiten – und dies auch dort, wo das Lebensmanagement der Adressaten sozialer Hilfe unter einer Schicht von Abhängigkeit, Resignation und ohnmächtiger Gegenwehr verschüttet ist“ (S. 74 f.). Er formuliert hierzu fünf Leitgedanken:

1. Das Vertrauen in die Fähigkeiten jedes einzelnen zu Selbstgestaltung und gelingendem Lebensmanagement (...).
2. Die Akzeptanz von Eigen-Sinn und der Respekt auch vor unkonventionellen Lebensentwürfen der Klienten psychosozialer Arbeit (...).
3. Das Respektieren der ‚eigenen Wege‘ und der ‚eigenen Zeit‘ des Klienten und der Verzicht auf strukturierte Hilfepläne und eng gefasste Zeithorizonte (...).
4. Der Verzicht auf entmündigende Expertenurteile über die Definition von Lebensproblemen, Problemlösungen und wünschenswerten Lebenszukünften (...).
5. Die Orientierung an der Lebenszukunft des Klienten (S. 75 ff.).

Insgesamt positioniert sich das Konzept des Empowerments als „Gegengift“ (Herriger, 1997; Stinkes, 2000) gegenüber den bereits beschriebenen Erosionen der neoliberalen Individualisierungstendenzen, indem es auf der Basis des Kommunitarismus die Ressource Solidarität aktiviert und versucht, soziale Kohäsion durch gemeinsame Werte zu realisieren. „Das kommunitaristische Projekt transportiert damit stets beides: die Forderung nach einer durchgreifenden Demokratisierung, die für weite Bevölkerungskreise strittige soziale Mitgliedschaften möglich und lohnenswert macht; und die Forderung nach einer psychosozialen Praxis, die überall dort, wo sich die Fähigkeiten zu sozialer Vernetzung und gemeinschaftlicher Konfliktaustragung nicht aus der eigenen Kraft der Subjekte herausbilden, fördernde Unterstützung bereitstellt“ (Herriger, ebd., S. 50).

Dennoch dekonstruiert Stinkes (2000) auch den kommunitaristischen Gedanken im Konzept des Empowerments und verweist mit Tönnies auf die Gefahr eines „verordneten Kommunitarismus“: „Wir brauchen tatsächlich eine Wiederbelebung des Gemeinschaftlichen, wir brauchen ein wiedererwachendes Bewusstsein für den Wert der Familie, der treuen Freundschaft und der rückhaltlosen Zuwendung, wir brauchen eine neue Wertschätzung für alles, was nicht mit Geld, sondern mit dem Herzen zusammenhängt. Wir brauchen aber keinen Antiliberalismus“ (Tönnies, zitiert nach Stinkes, 2000, S. 188).

Herriger (2007) selbst kritisiert die „neoliberale ‚Umarmung‘ des Empowerment-Konzeptes“ (S. 15):

Im Kontext des hier beschriebenen sozialpolitischen Kurswechsels sieht sich das Empowerment-Konzept neuen Herausforderungen konfrontiert. Schon heute ist der Empowerment-Begriff ein fester Bestandteil der Reformrhetorik der sozialpolitischen Akteure, Empowerment-Gedanken und die Rede von der „Hilfe zur Selbsthilfe“ werden bruchlos in neoliberale Denkgebäude eingemeindet. (...) Mit dieser Indienstnahme für eine Politik autoritärer Fürsorglichkeit aber verliert das Empowerment-Konzept seine emanzipatorische Kraft, es wird zum bloßen Kontrollwächter an den Grenzlinien zwischen sozialer Integration und Desintegration. In Antwort auf diese Zumutungen einer neoliberal verkürzten Sozialpolitik bleibt daher hier festzuhalten: Eine empowerment-orientierte soziale Praxis, will sie nicht zum Erfüllungsgehilfen der neuen sozialstaatlichen Zwangsprogrammatik werden, muss auf dem Eigensinn der Lebensentwürfe ihrer Adressaten beharren. Sie muss offen bleiben für unkonventionelle Lebensgestaltungen, muss Raum lassen für Widerspenstiges, muss sich einlassen auf ergebnisoffene Entwicklungsprozesse und Identitätsverläufe, die die engen Grenzen der Arbeitsmarktrationalität überschreiten (ebd.).

Und abschließend erinnert Schäper (2006) daran, dass das Empowerment-Konstrukt in eine reduktionistische Psychologisierung geraten kann, solange nicht die zugrunde liegenden Machtverhältnisse analysiert werden: „Dies basiert auf einer einfachen Dichotomisierung von Macht und Ohnmacht, die Machtverhältnisse aufrechterhält, solange sie nicht definiert, was Macht ist, was sie bedeutet, wie sie wahrgenommen und aufrechterhalten wird und wie sie folglich *gemacht* werden kann“ (S. 307 f., Hervorhebung im Original). Denn durch eine Zuschreibung von Menschen als Empowerment-Bedürftige erhält dieser Ansatz möglicherweise eben die Machtverhältnisse aufrecht, zu deren Auflösung er angetreten war (ebd.).

Was kann aus diesen Analysen um die Selbstbestimmung und ein gelingendes Empowerment nun für eine entsprechende Praxis in Institutionen gezogen werden? Diese Frage steht im Mittelpunkt des nächsten Kapitels.

2.5. Selbstbestimmung und Empowerment von und für Menschen, die in Institutionen leben

Nachdem bisher Selbstbestimmung und Empowerment als wesentliche Diskurse der Behindertenhilfe in den vergangenen Jahren vorgestellt wurden, soll im Folgenden deren Umsetzung im pädagogisch-therapeutischen Alltag von Institutionen betrachtet werden. Ausgangspunkt dieser Überlegungen zur Selbstbestimmung und Empowerment von Menschen, die in Institutionen leben, ist das Leben unter behindernden Bedingungen. Diese behindernden Bedingungen ergeben sich in der erweiterten Definition der ICF (WHO, 2001) aus der Wechselwirkung von Funktionsfähigkeiten und Kontextfaktoren. Während die Funktionsfähigkeit sich auf die interagierenden Ebenen des Körpers und seiner Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe bezieht, umfasst der Kontext die Umwelt und personbezogene Faktoren.

Innerhalb dieses komplexen Spannungsfeldes ist für behinderte Menschen von einer erhöhten Vulnerabilität auszugehen (vgl. z.B. Holtz, 1997), die sich beispielsweise in einem deutlich erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen widerspiegelt (ICD der WHO, 1993). Auch Beck (1998) betont

die generelle Riskanz der Lebensführung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Sie beschreibt die Risiken von geistiger Behinderung, die mit einer erhöhten physischen, kognitiven und emotionalen Belastung verbunden ist. Zum einen sind generell erhöhte physische und psychische Anstrengungen zur Alltagsbewältigung nötig, zum anderen sind die Ressourcen dafür nur eingeschränkt vorhanden.

Es ist deutlich geworden, dass mit den Konstrukten von Selbstbestimmung und Empowerment mit all ihren Vor- und Nachteilen unterschiedliche Bedeutungen verbunden sind. Neben der berechtigten Forderung nach einer Selbstermächtigung von behinderten Menschen und der daraus resultierenden notwendigen Veränderungen von Hilfe-Systemen beinhalten diese Konzepte Hinweise auf notwendige individuelle Kompetenzen, die erforderlich sind, wenn Selbstbestimmung und Empowerment positive Konsequenzen entwickeln sollen. Diese Kompetenzen gelten teilweise als angeboren, teilweise müssen sie aber auch gelernt werden. Dies wird dann zum Inhalt von Hilfe, wobei gleichzeitig festgehalten werden muss, dass durch die Art der angebotenen Hilfe – sowohl in den Beziehungen, wie auch in den Strukturen – die Entfaltung dieser Kompetenzen womöglich auch behindert werden kann.

Mit Klauß (2000a) wird deutlich, dass Selbstbestimmung bestimmte Bedingungen auf unterschiedlichen Ebenen erfordert. Es sind dies die Ebene individueller Kompetenzen, die Ebene der Interaktionen mit anderen Menschen und schließlich die Ebene struktureller und institutioneller Bedingungen, die sich vor dem gesellschaftlichen Hintergrund konstituieren. Hier soll zunächst die Ebene der individuellen Kompetenzen vertieft werden, später dann auch die weiteren Ebenen.

Das Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit (Becker, 2001, vgl. oben) beschreibt Gesundheit als eine gelingende Balance zwischen internen und externen Anforderungen auf der einen Seite und internen und externen Ressourcen auf der anderen Seite. Dieses Modell wurde in abgewandelter Form auf Menschen mit geistiger Behinderung übertragen. Holtz (1997) beschreibt in Anlehnung an Cicchetti & Olsen (1990) vier Dimensionen der Vulnerabilitätsgenese: beeinträchtigende vs. unterstützende interne Faktoren und entsprechend beeinträchtigende vs. unterstützende externe Faktoren. Er fokussiert die beeinträchtigenden internen Faktoren (ebd.), die zunächst interne Anforderungen darstellen, aber je nach Sichtweise auch zu internen Ressourcen werden können. Es sind dies (ebd.):

- Kognitive Beeinträchtigungen, welche die Wahrnehmung und ein Verständnis kultureller Forderungen erschweren;
- Verzögerungen und Erschwerungen in der Entwicklung des Selbstkonzeptes;
- sensorische und motorische Beeinträchtigungen, verminderte Integrationsleistungen: Veränderte Realitätseinschätzung und frühkindliche Denkprozesse (...);
- verzögerte Sprachentwicklung mit relativer Schwierigkeit, Bedürfnisse und Wünsche auszudrücken und Beeinträchtigungen in der Erforschung der Umwelt;
- Probleme des Gedächtnisses und Lerntransfers: verminderte innere Kontrolle (Selbstkontrolle) und verminderte Fähigkeit zum Handlungsaufschub und zur Planung alternativer Handlungen (...);
- geringes Selbstwertgefühl aufgrund von Sonderbeschulung: Selbstbild der Andersartigkeit, Abweichung und Unterlegenheit. Versagensgefühle gegenüber Eltern und erhöhtes Bedürfnis nach Lob und Anerkennung. Nichtbeachtung durch Gleichaltrige verstärkt das Gefühl von Inkompetenz

- und mangelnde Wirkungsmöglichkeiten, hierdurch geringe Motivation zu Veränderungen und Selbstdurchsetzung;
- Abwehrmechanismen und zwanghafte Angstabwehr. Dies hilft in der Bewältigung neuer Situationen und bei der kontrollierten Umweltauseinandersetzung. Ängste werden hierdurch jedoch nicht bewältigt, Abwehrstrategien weiter fixiert, dies führt u.a. zu Verleugnungen, zwanghafter Rigidität, Rückzug, Regression, Projektion usw.
- erhöhte Vulnerabilität als Erwachsener. Aufgrund der Verfestigung der vorgenannten Bedingungen ergibt sich eine größere und lang andauernde Abhängigkeit, soziale und berufliche Einschränkungen, erschwerte (hetero)sexuelle Erfahrungen;
- Nichtbewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben beeinträchtigen die Urteilsfähigkeit in der sozialen Welt (S. 11 f.).

In dieser Auflistung der internen beeinträchtigten Faktoren oder Anforderungen – die bewusst die Defizitseite darstellt, da ihr interne unterstützende Faktoren oder Ressourcen gegenüberstehen – tauchen bereits die wichtigsten Kernziele pädagogisch-therapeutischen Handelns auf. Dieses Handeln stellt dann – im Idealfall – eine externe Ressource dar, mit der auf vielfältige Weise die internen Anforderungen reduziert bzw. die internen Ressourcen verbessert werden können: Die Verbesserung der Wahrnehmung wird seit vielen Jahren auf basaler, körperbezogener und sensorischer Ebene in verschiedenen Ansätzen fokussiert (vgl. zum Überblick z.B. Doering, Doering, Dose & Stadelmann, 1996). Die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten hin zur Förderung von Dialog ist Mittelpunkt zahlreicher Ansätze, die immer wieder deren große Bedeutung betonen (z.B. im personenzentrierten Ansatz, Pörtner, 1996). Die Förderung kognitiver Fähigkeiten wird ebenfalls von Ansätzen erfolgreich vertreten (z.B. Weber, 2007). Mittlerweile liegen auch Erfahrungen vor, die die Entwicklung und Erweiterung von Bewältigungsstrategien fokussieren, mit der Menschen mit geistiger Behinderung interne und externe Anforderungen regulieren (vgl. z.B. die Übertragung des Skills-Training aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie, Linehan, 1996, auf Menschen mit Lernbehinderungen, Bremenkamp, Frommeyer & Tscheuschner, 2003; Rahn, 2007). Das Selbstwertgefühl schließlich wird mit dem Selbstkonzept, dem Selbstbild und Selbstwirkungsmöglichkeiten in Verbindung gebracht. Hierauf konzentrieren sich Ansätze, die sich explizit um Entwicklung der Kompetenzen um Selbstbestimmung bemühen und die nun exemplarisch vorgestellt werden.

Wehmeyer, Agran & Hughes (1999) systematisieren die erforderlichen internen Prozesse bei der Selbstbestimmung und Entwickeln daraus Strategien für ein Lehren und Lernen von Selbständigkeit (vgl. hierzu auch die psychologischen Dimensionen der Partizipation nach Lenz, 2006). Selbst wenn ihre Systematik, wie Lindmeier und Lindmeier (2003) kritisieren, nicht trennscharf ist, stellt sie doch einen ersten gelungenen Versuch dar, „für die Selbstbestimmung relevante Kompetenzen zu beschreiben und so zu operationalisieren, dass sie bei der Unterrichtsplanung berücksichtigt werden können“ (S. 133).

Bedeutsame Charakteristika selbstbestimmten Handelns (nach Wehmeyer, Agran & Hughes, 1999, vgl. Lindmeier & Lindmeier, 2003, S. 133) sind demnach:

1. Autonome Verhaltensweisen, selbstgesteuertes Handeln und Verhalten:
 - unabhängig leben einschließlich der Fähigkeit, Risiken zu erkennen, einzuschätzen, angemessen auf sie zu reagieren;
 - wesentliche Entscheidungen treffen können;
 - alltägliche Entscheidungen treffen können;

- Probleme lösen können.
- 2. Selbststeuerung:
 - Selbstbeobachtung, -bewertung und -verstärkung;
 - Selbstinstruktionen;
 - sich Ziele setzen und sie erreichen können.
- 3. Psychologisches Empowerment:
 - positive Selbstwirksamkeitserwartung;
 - Kontrollerwartung;
 - Selbstvertretungs- und Führungsfähigkeiten.
- 4. Selbstbewusstsein:
 - Selbstbild;
 - Selbstreflexion.

Damit kann ein Bezug zu den bereits oben skizzierten bedeutsamen Variablen der Wohlbefindlichkeitsforschung hergestellt werden:

Das *Selbstkonzept* eines Menschen wurde als ein Bündel von Gedanken über sich und seine Umwelt vorgestellt. Natürlich ist geistige Behinderung durch eine Intelligenzminderung definiert (vgl. ICD der WHO, 1993), die das logische Denken betrifft. Somit ist von einer Einschränkung der Elaboriertheit des Selbstkonzeptes bei Menschen mit geistiger Behinderung auszugehen, ohne dass dieses an sich in Frage zu stellen wäre. Mittlerweile liegen mehrere Befunde zum Selbstbild und Selbstkonzept von Menschen mit geistiger Behinderung vor (vgl. zum Überblick Schuppener, 2005; Hofmann, 2001) und englischsprachige Konzepte und Verfahren seiner Erfassung werden erfolgreich übertragen (Theiss, Vermeer & Stoll, 2004; Theiß, Aspe & Vermeer, 2003). Gerade Menschen mit leichter bis mittelgradiger geistiger Behinderung äußern sich über ihr eigenes Leben und die Beziehungen, in denen sie leben, die ohne ein Selbstkonzept nicht denkbar wären. Somit ist bezüglich des Selbstkonzeptes von Einschränkungen auszugehen, die aber eher auf einem Kontinuum liegen und nicht als qualitativ unterschiedlich zu verstehen sind (vgl. Eggert, Reichenbach & Bode, 2003)¹¹.

Unsystematische Aussagen von Patienten aus der Praxis für Psychotherapie des Autors lassen darauf schließen, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein *Konzept niedriger eigener Fähigkeiten* äußern, dass sie über geringe wahrgenommene internale Handlungskontrolle verfügen und vielmehr von ausgeprägten externalen *Kontrollüberzeugungen* berichten, da wichtige Entscheidungen in ihrem Leben durch andere Menschen gefällt werden (soziale Externalität) oder aber für zufällig gehalten werden (fatalistische Externalität).

Menschen, die in Institutionen leben, haben darüber hinaus oftmals wenig Gelegenheit, Erfolg als Kontingenz eigener Fähigkeit oder Anstrengung zu erleben – und es ist eine andere Diskussion, inwieweit in Einzelfällen die so genannten Verhaltensauffälligkeiten gerade als Versuch von behinderten Menschen verstanden werden können, eigene Erfahrungen von *Selbstwirksamkeit* zu sam-

¹¹ Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten, auszuführen, inwieweit Menschen mit schwerer und schwerster geistiger Behinderung über ein Selbstkonzept verfügen. Hierzu müsste womöglich der Rahmen unserer gedanklichen und sprachlichen Repräsentationen verlassen werden und unsere üblichen Vorstellungen von Wahrnehmung, Denken und Fühlen könnten um neue Qualitäten erweitert werden.

meln (vgl. z.B. Elbing, 1996; Jantzen, 2001). Entgegen Menschen mit Depressionen, die Misserfolg oftmals auf mangelnde Fähigkeiten zurückführen, deuten Aussagen mit Menschen mit geistiger Behinderung darauf hin, dass sie auch Misserfolg auf gegebene, fremdbestimmte und damit externe Ursachen zurück führen, wodurch manche vor depressiven Kreisläufen geschützt werden. Dies erklärt teilweise auch, wie es viele Menschen, die in Institutionen leben, schaffen, trotz widrigster Rahmenbedingungen ein scheinbar subjektiv zufriedenes Leben zu führen. Dennoch ist dieser Attributionsstil von Menschen mit geistiger Behinderung insgesamt aber als wenig selbstwertförderlich zu bezeichnen.

Schließlich droht durch undifferenzierte Rückmeldungen aus dem Umfeld, z.B. durch die Gefahr von zu viel Lob für die Lösung von Aufgaben im niedrigen Schwierigkeitsbereich der gelobten Person, dass sich das Konzept geringer eigener Fähigkeiten stabilisiert.

Darüber hinaus ist nicht auszuschließen, dass behinderte Menschen sich selbst behindern, so wie dieses Verhaltensmuster auch für Menschen ohne Behinderung beschrieben wurde. Es kann unter Umständen für manche Menschen sinnvoll sein, behindert zu sein. Sinason (2000) spricht in diesem Zusammenhang vom „Sinn des ‚Dummseins‘“ und führt dies anhand beeindruckender Lebens- und Veränderungsgeschichten aus ihrer therapeutischen Arbeit aus.

Als weitere bedeutsame Variablengruppe der Wohlbefindlichkeitsforschung wurden die Bewältigungsstrategien vorgestellt. Auch behinderte Menschen zeigen differenzierte *Bewältigungsstrategien*, mit denen sie externe Anforderungen verarbeiten. In diesem Zusammenhang können die von Goffman in seiner Analyse totaler Institutionen – worauf noch weiter unten genauer eingegangen wird – vorgestellten Bewältigungsstrategien von Insassen auch für behinderte Menschen beschrieben werden (vgl. Jantzen, 2003). Es sind dies a) der Rückzug aus der Situation, b) der kompromisslose Standpunkt, c) die Kolonisierung und d) die Konversion, die zusammengefasst nicht anderes darstellen, als mehr oder weniger (dys-) funktionale Bewältigungsstrategien. Diese sind aber nicht nur reaktiv auf ein entwertendes Lebensumfeld zu verstehen, sondern sind Ausdruck eines aktiven Prozesses, in dem Beziehungen gestaltet werden. Gaedt (1990) stellt hierzu das Konzept der Re-Inszenierungen vor, z.B. in Zusammenhang mit depressiver Selbstentwertung behinderter Menschen. „Charakteristisch an diesen Inszenierungen ist die Tatsache, dass es dem Betroffenen gelingt, insbesondere die Beziehungen zu den für ihn wichtigen Menschen so zu gestalten, dass diese nach seinem geheimen Drehbuch handeln“ (Gaedt & Gärtner, 1990, S. 42; vgl. auch Niedecken, 2001).

Schließlich wurden *persönliche Ziele* genannt, die in positivem Zusammenhang mit Wohlbefinden stehen. Einfache Fragen zu Zielen, Wünschen, Plänen und Werten werden von behinderten Menschen oft unsicher beantwortet, da es nur wenig Erfahrung mit der Formulierung eigener Ziele gibt und die zu wählenden Möglichkeiten oftmals unklar sind. So sagt Dörner (2000): „und wenn dieser (behinderte Mensch, J.G.) gewusst hätte, dass es die Möglichkeit gibt, hätte er es auch gewollt. Die meisten können ja nur deswegen nicht wollen, weil sie nicht wissen, dass sie wollen können“ (S. 24). Hier setzen Konzepte zur persönliche Zukunftsplanung an (vgl. z.B. Emrich, Gromann & Niehoff, 2006; Siegert, 2008; Themenheft der Orientierung, 2008), indem sie die Entwicklung von eigenen Zielen fokussieren und ihr motivationales Potential nutzen.

Pädagogisch-therapeutische Ansätze, die die internen Kompetenzen fokussieren, müssen also dort beginnen, wo es darum geht, die notwendigen Voraussetzungen für eine aktive Gestaltung des eigenen Lebens zu übernehmen. Hierzu zählen – entsprechend der Erkenntnisse über ein gelingendes Empowerment – das Erkennen von Abhängigkeiten, die Schaffung von Selbstvertrauen für die Reduzierung abhängiger Lebensverhältnisse, die Erweiterung des Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten durch Erfolgserlebnisse, die Entwicklung von Zutrauen in die eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten, die Vermittlung von Bewältigungsstrategien für die notwendige Ausbalancierung von Anforderungen und Ressourcen des täglichen Lebens und schließlich die Förderung von individuellen Zielen und Orientierung an diesen.

Wie können diese internen Ressourcen nun in einem alltäglichen, institutionellen Rahmen gefördert werden?

Hier soll zunächst dargestellt werden, welche Aspekte einer selbständigen Lebensführung innerhalb eines pädagogisch-therapeutischen Ansatzes zu berücksichtigen sind. Klauß (2000a) stellt in diesem Zusammenhang folgende allgemeine pädagogischen Zielsetzungen dar: Selbstbestimmung lernen, Selbstbewegung, Betätigung, Gewohnheiten, soziale Einflussnahme, Gestaltung und Kreativität, Mitteilung und Kommunikation. Wacker et al. (1998) konkretisieren dies für den institutionellen Alltag mit dem Konzept der „Selbstbestimmten Lebensführung“:

Selbständige Lebensführung und die Einbeziehung der Kompetenzperspektive (als theoretische Anknüpfungspunkte) bedeuten vorrangig, nicht durch die individuellen Einschränkungen bedingte soziale und ökologische Umstände zu erkennen, die vorhandene oder mögliche Kompetenzen der Bewohner und Bewohnerinnen der Wohneinrichtungen behindern, die der Kontrolle über und Verantwortung für den eigenen Körper und die eigenen Lebensumstände entgegenstehen. Die Sicherung menschlicher Grundbedürfnisse muss in diesem **Konzept der ‚Selbstbestimmten Lebensführung‘** als Brückenschlag verstanden werden zwischen einerseits der Sicherung notwendiger Hilfen und andererseits einer Organisation der Hilfen in der Art, dass das individuelle Recht auf Selbstbestimmung und auf den Erhalt und die Erweiterung der persönlichen Kompetenzen ernstgenommen und nicht beeinträchtigt wird (S. 14, Hervorhebung im Original).

Sie benennen als Kernbereiche der selbstbestimmten Lebensführung die Befriedigung der Grundbedürfnisse, die Entwicklung und das Ausleben eines Selbstgefühls, die Vertretung eigener Interessen, die Gleichwertigkeit sozialer Begegnungen und die Gestaltung eines individuellen, unverwechselbaren Alltags (ebd., vgl. auch Metzler, 1997). Die folgende Abbildung 3 illustriert diese Aspekte vertiefend.

Entsprechende pädagogisch-therapeutische Unterstützungsangebote müssen mit Martens (1993) „eine Vielfalt möglichst eigenständiger ‚Entscheidungen über Ziele und Mittel‘ ermöglichen, über zeitlichen Spielraum verfügen, Möglichkeiten der Ablauf- und Gestaltungsstrukturierung haben, eigene Entwicklungswege eröffnen, vielfältige körperliche Aktivitäten erlauben, eine differenzierte Beanspruchung von Sinnesqualitäten sowie den ‚Bezug zu sozialen Bedingungen‘ ermöglichen“ (S. 188).

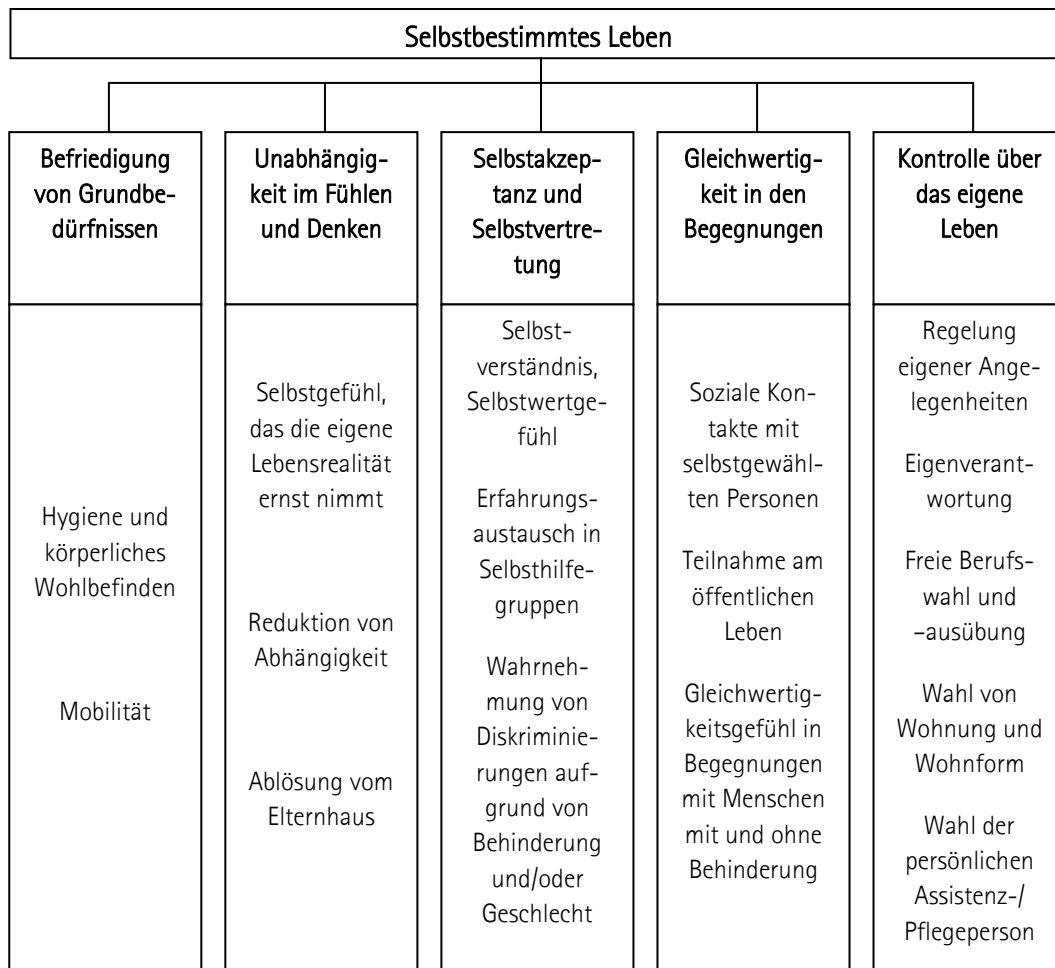


Abbildung 3. Möglichkeiten und Grenzen selbstbestimmter Lebensführung (vgl. Häussler, Wacker & Wetzler, 1996, S. 58, aus: Wacker et al., 1998, S. 15)

Ähnlich formuliert Beck (2000) als Beispiele einer an Selbstbestimmung orientierten alltagspraktischen Umsetzung:

- Achtung und Förderung der biographischen Einmaligkeit und biographischer Aspekte (z.B. Vorlieben, Erfahrungen, Wünsche erkunden; soziale Beziehungen fördern; die individuelle Lern- und Entwicklungsgeschichte kennen)
- Erbringung der Hilfe als persönliche Assistenz
- Individuelle Hilfeplanung unter Einbezug der Bewohner und mit anerkannten förderdiagnostischen Verfahren und Ansätzen; persönliche Zukunftsplanung
- Förderung eines individuellen Lebensstils
- Nutzerbefragungen zur individuellen Lebensqualität, Zufriedenheit und zur Qualität der Angebote
- Beteiligung der Bewohner und der Angehörigen an Evaluationen
- Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Verantwortungsübernahme geben
- Verankerung der Mit- und Selbstbestimmungsrechte und von Verfahren zur Beteiligung und Entscheidungsfindung (z.B.: bei der Hilfeplanung, der Einstellung neuer Mitarbeiter, dem Einzug neuer Bewohner, der Freizeitgestaltung, dem Essen...)
- Heim- und Gruppenbeiräte, -besprechungen durchführen und unterstützen
- Initiierung und Unterstützung von Interessensvertretungsgruppen

- Unabhängige Qualitätsbeauftragte und Bewohnerbeauftragte berufen
- Stärkung und Förderung sozialer Beziehungen, z.B. zu Angehörigen, engen Vertrauten, Freunden...
- Förderung und Initiierung personaler gesetzlicher Betreuung
- Lokale bzw. regionale Mitbestimmungs- und Entscheidungsstrukturen für die Bedarfsplanung und -erfüllung, Qualitätsentwicklung und -beurteilung unter Einbezug der behinderten Menschen, ihrer Angehörigen und Verbände initiieren
- Verpflichtende Koordination und Kooperation, um die Erfüllung individuellen Unterstützungsbedarfs in der Gemeinde zu gewährleisten (S. 8 f.).

An ihren Beispielen wird deutlich, dass moderne pädagogisch-therapeutische Ansätze sich entsprechend der Leitgedanken des Empowerments auch um eine Interessenvertretung auf politischer Ebene bemühen müssen.

Theunissen (2007a, 1999; auch Theunissen & Plaute, 2002) versucht ebenfalls, die Möglichkeiten des Empowerments in der Pädagogik behinderter Menschen nutzbar zu machen. Dabei scheint aber weiterhin die Gefahr zu bestehen, in traditionelle Rollenverteilung zu geraten, die die Behindertenhilfe zu überwinden wünscht, so dass immer wieder darauf verwiesen wird, dass entsprechende Gedanken zwar an einem veränderten Rollenverständnis der Beteiligten ansetzen müssen, aber auch eine Veränderung struktureller Grenzen berücksichtigen müssen. Auf die Notwendigkeit einer veränderten professionellen Rolle der Menschen, die in Institutionen arbeiten, sowie veränderte institutionelle Rahmenbedingungen für die Realisierung von Empowerment für Menschen, die in Institutionen leben, verweisen auch Karschuk und Stauber (2002).

Die Grenzen, die bei der Umsetzung von Selbstbestimmungs- und Empowerment-Gedanken im pädagogisch-therapeutischen Alltag entstehen, beschreibt Frühauf (1997) mit seiner Unterscheidung der Entwicklung von Autonomie auf drei Ebenen. Die erste Ebene betrifft das „Wollen“, so wie beim Empowerment-Konzept beschrieben. Oftmals müssen erst die Voraussetzungen geschaffen und entsprechend motiviert werden, selbstbestimmt und autonom zu handeln. Die zweite Ebene beschreibt er als das „Können“, die Ebene der Kompetenzen. Der Aufbau der mit der Selbstbestimmung einhergehenden Kompetenzen wird dann zum zentralen Inhalt pädagogisch-therapeutischen Handelns. Schließlich bezeichnet er die dritte Ebene als das „Dürfen“, denn alle Motivation, selbstbestimmt zu handeln, und alle Kompetenzen, dies auch zu tun, laufen ins Leere, wenn es keine Möglichkeiten dazu gibt, dies auch zu leben. Hier stoßen die Bemühungen um Selbstbestimmung erneut an strukturelle und personelle Grenzen. Insgesamt dämpft Dörner (2000) somit den Optimismus, der an die Entwicklung von Selbstständigkeit und Empowerment geknüpft ist: „Man kann die Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit eines Menschen fördern, aber nur für die Umgebung, in der der Betreffende schon ist“ (S. 24), worauf noch näher einzugehen sein wird, wenn es darum geht, wie die Orte zu gestalten sind, die ein Empowerment ermöglichen sollen.

Exkurs 4. Therapeutische Beziehungsgestaltung für Menschen, die in Institutionen leben, durch Spiegeln

Dieser Exkurs soll einen konkreten Einblick in die Möglichkeiten therapeutischer Beziehungsgestaltung für Menschen, die in Institutionen leben, geben, der sich an den bereits vorgestellten Basis-

Prinzipien einer Bereitstellung von Räumen für selbstbestimmtes Handeln und eigenes Empowerment orientiert. Hierzu wird bei der hohen Bedeutung von Beziehung und ihrer Gestaltung in Richtung Dialog das Spiegeln als geeignete therapeutisch-pädagogische Interventionsmöglichkeit vorgestellt. Dieses hat sich in vielfältigen Kontexten praktisch bewährt und konnte in eigenen Untersuchungen theoretisch fundiert und empirisch analysiert werden.

Spiegeln stellt eine Interventionsform dar, die entsprechend einem intuitiven Programm in der menschlichen Beziehungsgestaltung angelegt und universell verfügbar ist. Bereits in der frühkindlichen Entwicklung erhält das Spiegeln durch Bezugspersonen einen hohen Stellenwert. Das Kind wird von Beginn an als „kompetenter Säugling“ (Dornes, 1993) und aktiv gestaltender Partner der frühen Eltern-Kind-Kommunikation gesehen. Das Spiegeln kindlicher Verhaltensweisen durch die Eltern nimmt hierbei eine herausragende Stellung ein.

In zahlreichen Studien weisen Papousek und Papousek darauf hin, dass die Eltern „gleichsam als ‚biologischer Spiegel‘“ (Papousek, Papousek & Giese, 1986, S. 61) durch ihre Imitationen kindlicher Verhaltensweisen die Nachahmungsbereitschaft des Kindes sowie seine Entwicklung der Selbstwahrnehmung fördern, indem das Kind Kontingenzen zwischen seinem Verhalten und den Reaktionen seiner Umwelt erleben kann (Papousek, 1989).

Das elterliche Spiegeln ist dabei eingebunden in ein umfassendes intuitives Elternprogramm („intuitive parenting“, Papousek & Papousek, 1987), in dem die Eltern durch ihr Verhalten dem Kind die Umwelt so zugänglich machen, wie es für seine begrenzten Integrationsleistungen verkraftbar ist. Sie schaffen damit die Situation eines „vollkommenen Unterrichts“ (Papousek & Papousek, 1982, S. 73), in dessen kommunikativen Rahmen die nächsten Entwicklungsschritte des Kindes vorbereitet werden. „Diese ... ‚didaktischen‘ elterlichen Verhaltensformen werden durch die Anwesenheit und das Verhalten des Säuglings ausgelöst und weitgehend unabhängig von bewussten Entscheidungen intuitiv durchgeführt“ (Papousek et al., 1986, S. 60). In ihren mikroanalytischen Untersuchungen zeigen Papousek & Papousek, 1987, S. 675), dass die Eltern ihre Kinder mit einer niedrigen Latenz von 200-600 msec, dem sogenannten Zeitfenster, und somit unterhalb einer Schwelle bewusster, rationaler Entscheidung spiegeln¹².

Neben dem direkten Spiegeln kindlicher Verhaltensweisen durch die Eltern finden sich Abstimmungsprozesse auch im emotionalen Bereich. Stern (1992) weist auf die Bedeutung der Affektabstimmung zwischen Eltern und Kind für die Entwicklung seines emotionalen Selbstempfindens hin. Neben das elterliche Spiegeln mit kurzer zeitlicher Latenz tritt hier das Spiegeln mit Variationen und intermodalen Veränderungen. Abstimmungsprozesse lassen sich aber auch auf allgemeinerer Ebene nachweisen. Sander (1983) beispielsweise beschreibt dies für die Ebene der individuellen Biorhythmizität von Menschen und ihrer Synchronisation im frühen Kindesalter und verdeutlicht dies an der Abstimmung des Schlaf-Wach-Rhythmus zwischen Neugeborenen und ihren Eltern.

Die Bedeutung dieser vielfältigen miteinander verwobenen Abstimmungsprozesse wird dann deutlich, wenn sie gestört bzw. in ihrer Selbstorganisation verunsichert werden oder gar nicht erst zu-

¹² Mit der Beschreibung der Spiegelneurone 1996 durch Rizzolatti (Rizzolatti, Fogassi & Gallese, 2006) bekommen die zahlreichen Theorien über wechselseitige Imitationsprozesse ein neuronales Korrelat. Die Spiegelneuronen haben dabei in den vergangenen Jahren breiten Raum eingenommen in der Diskussion um Empathie, in der Psychotherapie, der Behandlung von Schlaganfällen und speziell auch Autismus (vgl. hierzu Dalferth, 2007).

stande kommen (vgl. Papousek, 1989). Beispielsweise weisen Keller und Zach (1991) in einer Längsschnittstudie nach, dass Kinder, die in den ersten Lebensmonaten ein auffälliges Blickkontaktmuster zeigten, mit zwei Jahren Beeinträchtigungen in der Interaktionsharmonie zu den Eltern und bis zum sechsten Lebensjahr Störungen ihrer psychobiologischen Organisation, Verhaltensprobleme und Entwicklungsverzögerungen zeigten.

Therapeutisch wird das Spiegeln als Intervention in zahlreichen therapeutischen Schulen angewendet, wie der Psychoanalyse, der Personzentrierten Psychotherapie, dem Psychodrama, der strukturellen Familientherapie und dem Neurolinguistischen Programmieren (vgl. zum Überblick Elbing, Glasenapp, Moschner & Rohmann, 1999).

Für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist das Spiegeln von verschiedenen Seiten und mit jeweils unterschiedlicher theoretischer Fundierung beschrieben worden (als wesentlicher Bestandteil der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie, Hartmann, 1986; 1990; in der Basalen Kommunikation, Mall, 1984; 1992; in der Prä-Therapie, Prouty, Van Werde & Pörtner, 1998; in der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung und depressiven Symptomen, Kischkel, Pohl-Kroll, Rüster, Schultz, Sievers & Störmer, 1991). Die Verwendung des Spiegels in unterschiedlichen theoretischen Begründungszusammenhängen liegt in seiner praktischen Wirksamkeit als Mittel der Beziehungsgestaltung. Es fördert durch seinen rekursiven Charakter die dialogische Koppelung der beteiligten Personen. Klauß (2000b) stellt dies in den Kontext des Lernens von Selbstbestimmung von Menschen mit erheblichen kognitiven Einschränkungen: „Damit können sich Menschen mit erheblicher Beeinträchtigung als Akteure und Initiatoren dessen erleben, was um sie und mit ihnen geschieht. Selbstbestimmung bedeutet also nicht, sie nur 'machen zu lassen', sondern Aufgreifen dessen, was ein Mensch als sein Interesse erkennen lässt, kann zum Gemeinsamen werden. Ich kann mit einem Menschen atmen, aus meinem Nachahmen und Anpassen an ihn kann eine Wechselwirkung entstehen“ (S. 269).

Die verschiedenen Ansätze lassen gemeinsam folgende Eigenheiten des therapeutischen Spiegels erkennen (Elbing et al., 1999): Das Spiegeln wirkt auf die Abstimmung zwischen dem behinderten Klienten und dem Therapeuten, wobei das Verhalten des Klienten als kommunikative Ressource verstanden wird. Im Spiegeln fokussiert der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf diese kommunikativen Ressourcen. Darüberhinaus kann er sich beim Spiegeln auf seine intuitiven Fähigkeiten verlassen. Unabhängig von seinem bevorzugten methodischen Zugang bleibt er deshalb auf der Mikroebene sensibel für unvorhersehbare Prozesse und kann spontan agieren.

Spiegeln bewirkt bei Personen mit Wahrnehmungsstörungen und autistischen Verhaltensweisen eine Aufmerksamkeitsfokussierung, die sich auf das Tun des Therapeuten richtet, sowie eine verbesserte Aufmerksamkeitsspanne, wodurch die Voraussetzung für dialogische Prozesse erst geschaffen wird (Hartmann, 1986). Indem die Personen mit Behinderung auf den sie spiegelnden Therapeuten ihrerseits spiegelnd oder komplementär dialogisch reagieren, lassen sich so auch mit schwer mehrfach behinderten Personen Interaktionsprozesse auf Körper- und Handlungsebene gestalten, die deutliche Ähnlichkeiten mit den oben skizzierten Spiegelprozessen der frühen Eltern-Kind-Interaktion zeigen. Das Modell der frühen Eltern-Kind-Interaktion gibt umgekehrt wichtige Anregungen zur weiteren Interaktionsgestaltung, wenn der therapeutische Dialog durch Spiegeln und wechselseitige Aufmerksamkeit zustande gekommen ist (Elbing et al., 1999).

Das Spiegeln wurde in einer eigenen Mikroanalyse entsprechend der Methodik aus der Kleinkindforschung explorativ untersucht und in den Kontext moderner Psychotherapie-Prozessforschung gestellt (vgl. Glasenapp, Elbing, Moschner & Rohmann, 2000; Elbing, Glasenapp, Moschner & Rohmann, 2000; Glasenapp, 1996).

Grundlage der empirischen Analyse bildeten Videoaufnahmen von Therapien, die in den Jahren 1988 bis 1991 im Rahmen des Kompakt-Therapie-Programms (KTP) in einem Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt wurden (vgl. Elbing & Rohmann, 1992; 1993; 1994a; 1994b; Elbing & Letzgus, 1995). In dieses Programm wurden Menschen mit geistiger Behinderung aufgenommen, die als primäre Indikation eine zusätzliche psychische Störung oder massives herausforderndes Verhalten zeigten.

Während der Intensiv-Therapie-Phase als zentralem Bestandteil des KTP wurde über zwei Wochen täglich eine Therapieeinheit durchgeführt und videografisch dokumentiert. Die Therapien wurden zunächst durch Mitarbeiter des begleitenden Fachdienstes mit unterschiedlicher Berufsausbildung (Diplom Psychologe, Heilpädagogen) durchgeführt und anschließend von Gruppenmitarbeiterinnen fortgeführt. Als Basisintervention wurde die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie und hieraus insbesondere das Spiegeln angewendet. Lediglich bei besonderer Indikation (z.B. Selbstverletzendes Verhalten) wurde teilweise auf andere Interventionsformen zurückgegriffen. Das KTP ist in den erwähnten Studien einer umfassenden Evaluation unterzogen worden, die in differenzierter Weise die Wirksamkeit des Programms unterstreichen.

Durch eigene Mikroanalysen der Videosequenzen konnte gezeigt werden, dass alle Klienten trotz zum Teil schwerer geistiger Behinderung die Therapeuten gespiegelt haben. Die Klienten spiegelten die Therapeuten im Durchschnitt zwar langsamer, aber auch hier vereinzelt mit aus der Kleinkindforschung bekannter niedriger Latenz. Die Fähigkeit, sich am Verhalten des Therapeuten zu orientieren, darauf Bezug zu nehmen und dieses zu spiegeln, kann dabei als Ressource verstanden werden, die es im therapeutischen Dialogaufbau zu fokussieren gilt.

Sie verlangt vom Therapeuten, achtsam diese Signale wahrzunehmen und sensibel darauf zu reagieren. Dabei konnten unterschiedliche Strategien der Therapeuten, besonders hinsichtlich Genauigkeit des Spiegels sowie zusätzlichen, als Angebot verstandenen Verhaltensweisen, beschrieben werden.

Spiegeln ermöglicht, auch auf einer sehr basalen Ebene, auch im Kontakt mit Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, auch mit Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, in Kontakt zu treten, eine Beziehung und Dialog aufzubauen und damit einen gemeinsamen Sprachraum (vgl. Rödler, 2000) zu gestalten. Dabei wird der behinderte Mensch mit seinen verbalen wie überwiegend nonverbalen Äußerungen in den Mittelpunkt gestellt. Dies ermöglicht Kontingenzerfahrungen und erweitert somit idealerweise seine Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserfahrungen.

2.6. Zusammenfassung und Ausblick

In diesem Kapitel wurde das Leben von institutionalisierten Menschen unter verschiedenen Aspekten beschrieben und hierzu ausgewählte Diskurse der Behindertenhilfe kritisch beleuchtet:

1. Das Normalisierungsprinzip ist der maßgebliche Diskurs in der Behindertenhilfe der letzten 50 Jahre, der alle weiteren Diskurse geprägt hat. Er hat wesentlich dazu beigetragen, behindertes Leben zu normalisieren, was einem dialektischem Prozess nahe kommt. Je mehr behindertes Leben normal wird, umso weniger werden behinderte Menschen behindert, oder wie Wacker (2008) es zusammenfasst, Teilhabe entsteht erst durch Teilhabe. Die Normalisierung der Lebensbedingungen von behinderten Menschen führt zu einer Normalisierung der Gesellschaft, in der sie leben, zu einer „*Beendigung von Krieg* als Gesellschaftszustand“ (Jantzen, 1997, S. 360, Hervorhebung im Original).

Dennoch leidet das Normalisierungsprinzip unter einem Dilemma: der normative Bezugspunkt setzt an einem relativen Kriterium an, nämlich der Normalität. Gerade in einer Zeit gesellschaftlichen Umbruchs mit einer zunehmenden Schere zwischen Arm und Reich, einem Dahinschmelzen des Mittelstands, wird es schwierig, den normativen Bezugspunkt der Normalisierung über ein „alles ist normal“ hinaus zu definieren. Mit der zunehmenden Betonung von Vielfalt innerhalb der Normalitätsdiskussion wird die Orientierung an dem gesellschaftlichen Durchschnitt aufgegeben. Statt dessen rücken Aspekte wie Zugangsmöglichkeiten und Chancengleichheit stärker in den Vordergrund.

2. Es wurde weiter gezeigt, dass das Konstrukt Lebensqualität schwer exakt zu bestimmen ist. Es beinhaltet ein Doppelkriterium, das eine Herangehensweise über die objektive Sicht der Lebensstandards und über die subjektive Sicht der Zufriedenheit und des Wohlbefindens erforderlich macht. Die ökologische Perspektive innerhalb der Lebensqualität führt zu einer stärkeren Fokussierung der Beziehungen und der Interaktionen mit dem Umfeld der Menschen, die in Institutionen leben.

Hinsichtlich der Lebensstandards konnte dargestellt werden, dass diese in vielen Aspekten des Lebens von institutionalisierten Menschen denen der Normalbevölkerung noch nicht entsprechen. Dabei verfügen Menschen mit geistiger Behinderung nochmals über niedrigere Lebensstandards als Menschen mit anderen Behinderungen. Insofern ist davon auszugehen, dass das Sein das Bewusstsein bestimmt.

Hinsichtlich des Wohlbefindens konnte dargestellt werden, dass die Berücksichtigung der subjektiven Sicht von Menschen, die in Institutionen leben, aus vielfältigen Gründen eine Notwendigkeit ist, die jedoch zu paradoxen Ergebnissen führen kann und die Bewältigung methodischer Schwierigkeiten erfordert. Demnach scheint es so, als ist es das Bewusstsein, welches das Sein bestimmt.

Moderne Konzepte von Lebensqualität stellen einen Kompromiss dar zwischen den unterschiedlichen Sichtweisen auf Lebensqualität. Daig und Lehmann (2007) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „dynamischen Konstrukt“, das sich ständig verändert. Für die Behindertenhilfe geht „Lebensqualität als Zielperspektive“ (Hoyningen-Süess et al., 2007) mit der nachhaltigen Forderung einher, die Lebensstandards von Menschen, die in Institutionen leben, weiter zu verbessern, ihre Teilhabechancen zu erweitern und das Wohlbefinden zu steigern. Lebensqualität kann somit umfassend erst als ein dialektischer Prozess, in dem das Sein und das

Bewusstsein sich gegenseitig bedingen, verstanden werden, wie schon im ersten Kapitel skizziert wurde.

3. Hierzu ist es notwendig, Erkenntnisse der psychologischen Wohlbefindlichkeitsforschung zu berücksichtigen, nach denen Wohlbefinden kein linearer Outcome der objektiven Lebensbedingungen ist, sondern in Form einer „black box“ internen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen unterliegt. Dabei stellen das Selbstkonzept, besonders das der eigenen Fähigkeiten, die Überzeugung internaler Kontrolle über das eigene Leben und eigener Selbstwirksamkeit sowie differenzierte Bewältigungsstrategien und persönliche Ziele geeignete Variablen dar, die sich in der Erforschung des Wohlbefindens von Menschen ohne geistige Behinderung bewährt haben, und deren Übertragung auf die Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung möglich ist.

Die Erweiterung von Lebensqualität für Menschen, die in Institutionen leben, wird nur gelingen, wenn a) die interne Prozesse ihrer Wahrnehmung und Verarbeitung stärker berücksichtigt werden, b) die Sicht der Menschen auf ihr eigenes Leben in den Mittelpunkt gestellt wird und schließlich c) Freiräume geschaffen und erweitert werden, die erst eine selbstbestimmte und selbstwirksame Gestaltung des eigenen Lebens ermöglichen.

4. Dies ist der Ansatzpunkt für die weiteren, ausführlich dargestellten Diskurse über Selbstbestimmung und Empowerment.

Es wurde gezeigt, dass es sich bei der Selbstbestimmung um ein undifferenziertes Konstrukt handelt, das in unterschiedlichen Diskursen unterschiedliche Bedeutungen innehat. So wird einerseits die Forderung nach Selbstbestimmung im Sinne einer Forderung nach Reduzierung fremdbestimmten Lebens begrüßt. Andererseits wird aber auch davor gewarnt, Selbstbestimmung unreflektiert in einen neoliberalen Diskurs der Individualisierung zu stellen und damit die soziale Einbettung menschlichen Lebens zunehmend zu ignorieren. Der Verweis auf Selbstbestimmung darf somit nicht zu einer mangelnden pädagogischen Präsenz führen (Bartelt, 2005). Hierbei betont das Konstrukt Empowerment stärker die notwendigen Prozesse: über die Wahrnehmung von Abhängigkeiten, über die Entwicklung von Selbstvertrauen zur ihrer Emanzipierung, zur Reduzierung ökonomischer Abhängigkeiten und schließlich zum Zusammenschluss der beteiligten Menschen mit dem Ziel ihrer politischen Einflussnahme. Es unterliegt aber selber wieder Ungenauigkeiten, wodurch es in vielfältigen Zusammenhängen Anwendung findet, die seinem emanzipatorischen Wesen entgegen stehen.

Um die zusammengefassten Gedanken nun auf das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit zu übertragen:

Für das Konstrukt Lebensqualität mit seinem Doppelkriterium lässt sich eine entsprechende Zuordnung vornehmen. Die notwendige Betrachtung von objektiven Lebensstandards beschäftigt sich vorrangig mit statischen Zuständen und orientiert sich damit an Sicherheitsbedürfnissen, die schon Allardt (1973) so genannt hat. Mit der hinreichenden Betrachtung von Lebensqualität in Richtung Wohlbefinden öffnet sich das Konstrukt gegenüber Aspekten von Freiheit, die naturgemäß schwerer zu erfassen sind, da ihr Zustand instabil ist. Menschen haben die Freiheit, Lebensbedingungen unterschiedlich zu bewerten, unterschiedlich zufrieden mit diesen zu sein. Doch selbst diese Freiheit verkommt in einer Umgebung, die dies nicht vorsieht, zu einer möglichen Anpassung, was eine Erklärung für das Zufriedenheitsparadox bei behinderten institutionalisierten Menschen sein kann.

Für ein erweitertes Verständnis von Lebensqualität bedeutet dies, dass nicht nur eine Balance hergestellt werden muss zwischen objektiven und subjektiven Aspekten des Lebens, dass nicht nur

eine Balance hergestellt werden muss zwischen einer Perspektive von außen und von innen, sondern auch eine Balance zwischen Sicherheit und Freiheit. So können beispielsweise die Dimensionen von Lebensqualität nach Beck (2000) den Polen ‚Aspekte von Sicherheit‘ (z.B. physische und psychische Sicherheit, persönlicher Besitz, soziale Sicherung, Persönlichkeits- und Grundrechte) versus ‚Aspekte von Freiheit‘ (z.B. Persönlichkeitsentwicklung, Selbstbestimmung) zugeordnet werden (eine entsprechende Zuordnung kann auch für die von Deci und Ryan, 1993, postulierten Grundbedürfnisse des Menschen vorgenommen werden). Lebensqualität bedeutet dann, für das eigene Leben eine Balance zu finden zwischen Sicherheit und Freiheit und diese Balance unter sich ändernden Lebensumständen im persönlich gewünschten Gleichgewicht zu halten.

Für die Selbstbestimmung und mehr noch Empowerment gilt, dass sie Ausdruck maximaler Freiheit eines Menschen sind. So verweist Dörner (2000) in diesem Zusammenhang auf die Ideale der Französischen Revolution: Der Kampf um eigene Rechte ist Ursache *und* Folge eines Menschenrechts. Und ebenso gilt für die Behindertenhilfe: Es braucht Bedingungen, die Selbstbestimmung und Empowerment ermöglichen, aber erst durch Selbstbestimmung und Empowerment werden diese Bedingungen richtig geschaffen. Dabei kann darauf vertraut werden, dass es scheinbar ein angeborenes Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung gibt. Dennoch muss die mit dem Bedürfnis nach Autonomie einhergehende Freiheit im Rahmen aktueller politischer und kultureller Diskurse dekonstruiert werden, um zu überprüfen, wo aus der vermeintlichen Freiheit erneut ein Zwang wird. Die vermeintliche Freiheit der heutigen Zeit führt mitunter dann zu einer Verunsicherung und möglichen Überforderung der Akteure, die unter diesen Umständen dazu neigen, durch überholte Denk- und Handlungstraditionen ihr Sicherheitsbedürfnis wieder herzustellen.

Freiheit und Autonomie stehen darüber hinaus, wie bereits im einleitenden Kapitel skizziert, in einem Spannungsfeld zur Sicherheit, zur Bindung, hier verstanden als die Einbettung in soziale Beziehungen. Dieses Spannungsfeld lässt sich nicht einseitig in die eine oder andere Richtung auflösen, vielmehr gilt es, sich von einem „entweder-oder“ zu einem „sowohl-als-auch“ zu bewegen. Um den Bogen zur Einleitung zu schlagen: die Bindungstheoretiker haben gezeigt, dass eine „sichere Bindung“ notwendig ist, um die Umwelt frei zu explorieren. Ein Gefühl von Sicherheit ist damit die Voraussetzung für intrinsische Motivation. Dieses Gefühl von Sicherheit können wir nur aus unserem Umfeld heraus entwickeln, neben der materiellen Umwelt aus unserer personalen Umwelt, den Beziehungen. Vor diesem Hintergrund kann Selbstbestimmung nur in einem dialektischen Zusammenhang, einer Beziehung von „ich und du“ verstanden werden. Was dabei selbst- und was fremdbestimmt ist, wird dann zu einer philosophischen Betrachtung, die die Beziehung, besonders wenn sie unter dem Dach einer Institution zustande kommt, mitunter überfordert und die Beteiligten in einem Dilemma zurück lässt.

Diese Beziehungen können somit a) Freiheit erweitern, indem sie Freiräume zur Verfügung stellen und erforderliche Kompetenzen vermitteln, sie können b) Sicherheit fördern, durch Zutrauen und Ernstnehmen, aber auch c) Sicherheit zerstören, wie im Falle von Misshandlung und Gewalt und sie können schließlich d) glauben, Sicherheit zu vermitteln und gleichzeitig Unsicherheit schaffen, wie das Beispiel der indirekten Fähigkeitsmitteilungen mit seinen Auswirkungen auf das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten zeigen sollte.

Dabei muss betont werden, dass Freiheit ein Zustand, ein Wert ist, der nur dann gegeben werden kann, wenn er vorher genommen wurde. Ansonsten bleibt die Erkenntnis, dass die mit der Freiheit

einher gehenden Möglichkeiten genutzt werden können – aber nicht müssen. So stellen möglicherweise das Vermitteln von Sicherheit und das Bereitstellen von entsprechenden freien Räumen die wichtigsten professionellen Alltagsaufgaben dar.

Die Professionellen stellen dann mit ihren Beziehungsangeboten, ihrem Wissen und Handeln eine der wichtigsten externen Ressourcen behinderter Menschen dar, drohen aber unter Umständen selber zu externen Anforderungen zu werden, mit denen die internen Ressourcen der behinderten Menschen nicht erweitert, sondern begrenzt werden.

Dabei verhindert das eigene Sicherheitsdenken der Professionellen mitunter neue Lernchancen. Dörner (2000) verweist darauf, dass Menschen mit Behinderungen ein Recht auf Risiko haben und dieses auch selbst einfordern, wie z.B. die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung („Leben auf eigene Gefahr“, FIB, 1995). Denn zu einem Leben, einem gelebten, lebendig gelebten Leben gehört nie nur Sicherheit, sondern auch das Risiko, wie Dörner (ebd., S. 24) beschreibt. Lindmeier und Lindmeier (2003) verweisen in diesem Zusammenhang auf Perske und die von ihm formulierte Würde des Risikos:

Perske wies bereits 1972 (...) darauf hin, das Professionelle ‚übereifrig‘ in dem Bemühen seien, Menschen mit Behinderungen zu schützen, ihnen ein angenehmes und sicheres Leben zu ermöglichen. Er hält dagegen, dass eine derartige Überbehütung die Unabhängigkeit und Würde der betroffenen Menschen aufs Spiel setzt und sie daran hindert, die Risiken eines ‚normalen Lebens‘ (ordinary life) zu erfahren. Perske sagt: „Die Welt ist nicht immer sicher und vorhersehbar (...). Jeden Tag (...) gibt es die Möglichkeit, in eine Situation zu geraten, in der wir etwas riskieren müssen, möglicherweise sogar unser Leben. So ist die reale Welt. Wir müssen unsere gesamten Ressourcen entwickeln, um uns für diese Tage vorzubereiten. Einem Menschen seinen Anteil an risikoreichen Erfahrungen zu verweigern bedeutet, ihn für ein gesundes Leben zu verkrüppeln (...). Wir haben gelernt: Es kann so etwas geben wie menschliche Würde im Risiko. Und es kann unmenschliche Würdelosigkeit in Sicherheit geben“ (S. 130).

Selbstbestimmung mit ihrem inhärenten Risiko stellt zwar eine Voraussetzung für höheres Selbstwertgefühl dar, da mit der aktiven Gestaltung der eröffneten Freiräume begonnen wird, beinhaltet aber nicht automatisch auch eine höhere Zufriedenheit. Hier gilt, dass Menschen am besten bei einem mittleren Schwierigkeitsgrad lernen. Ist die Aufgabe zu einfach, lernen sie zu wenig, ist sie zu schwer, scheitern sie zu oft und geben schließlich auf. Der mittlere Schwierigkeitsgrad beinhaltet die gute Chance des Erfolgs, aber eben auch das Risiko des Misserfolgs als Teil erfolgreichen Lernens.

Für eine gelingende Empowerment-Praxis bleibt, dass sie in ihrem Bemühen weniger den zu befähigenden Menschen fokussiert, als eine Veränderung und Erweiterung der (Lebens-) Räume ermöglicht, in denen eine Selbstbemächtigung des Menschen gelingen kann.

Das beschriebene Dilemma in der Beziehung zwischen „selbst“ und „fremd“ reproduziert sich jedoch auch im Raum: Freiräume sind nötig, um selbstbestimmt zu handeln und eigenes Gestaltungspotential zu entfalten. Freiräume können aber auch überfordern und Unsicherheiten schaffen. Darum setzen sich viele Menschen Grenzen, sie begrenzen sich freiwillig, um darüber Halt und Sicherheit zu erfahren. Denn „damit gerät Autonomie zur Zumutung für diejenigen, die den Umgang mit Eigenverantwortung und Selbstbestimmung nicht experimentieren können oder dürfen, für die der Weg in die Selbstständigkeit nicht vorgesehen, gebahnt und geübt wird. Eine Balance

zwischen ängstigender Orientierungslosigkeit und lähmender Fremdbestimmung zu finden, ist also die schwierige Aufgabe, die gemeinsam mit den Klienten zu lösen ist", wie Wacker (2008, S. 14) zusammenfasst.

Strukturen der Hilfe wie auch die beteiligten Personen, das soziale Netz, können zusammengefasst sowohl externe Anforderungen darstellen, wie auch – im Idealfall – externe Ressourcen. Ein pädagogisches-therapeutisches Programm, das für sich in Anspruch nimmt, eine externe Ressource für behinderte Menschen darzustellen, mit derer sie interne Anforderungen abbauen und interne Ressourcen erweitern können, muss dementsprechend notwendige Sicherheiten bieten, hinreichend Räume der Freiheit gewähren und zwischen beiden Polen ausbalancieren können. Ein Programm, das sich in diesem Spannungsfeld zu sehr auf die eine oder andere Seite schlägt, wird versagen müssen, weil es dem Wesen menschlicher Entwicklung nicht gerecht wird.

Management durch Empowerment – Das neue Führungskonzept:
Mitarbeiter bringen mehr, wenn sie mehr dürfen
Kenneth Blanchard, John P. Carlos & Alan Randolph

Der Google-Effekt:
Zufriedene Mitarbeiter nutzen dem Aktienkurs
Das Handelsblatt

Es hat doch beinahe den Anschein,
als wäre das Analysieren der dritte jener „unmöglichen“ Berufe,
in denen man des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein kann.
Die beiden anderen, weit länger bekannten, sind das Erziehen und das Regieren.
Sigmund Freud

Die Erziehung muss sich erst bescheiden, mehr negativ zu seyn, als positiv;
nur Wechselwirkung mit dem Zögling, nicht Einwirkung auf ihn:
– das erstere, so weit es möglich ist,
d.h. sie muss das erstere wenigstens stets als Ziel sich vorsetzen,
und das letztere nur da werden, wo sie das erstere nicht seyn kann.
Johann Gottlieb Fichte

Je besser du die Mitarbeiter pflegst, desto besser pflegst du die Behinderten.
Friedrich von Bodelschwingh

3. Ausgewählte Diskurse über Menschen, die in Institutionen arbeiten

Es wurde gezeigt, dass die aktuellen Diskurse über Menschen, die in Institutionen leben, Ambivalenzen enthalten, die im praktischen pädagogisch-therapeutischen Handeln immer wieder drohen, aus dem Blick zu geraten. Dabei kann das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit als Analyseform mit seiner dialektischen Herangehensweise helfen, diese Ambivalenzen besser zu greifen. Dies gilt für die Gestaltung der jeweiligen Beziehung wie auch für die Gestaltung entsprechender Strukturen. Dabei kommt Projekte wie das Deinstitutionalisieren erhalten in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung, da mit ihnen die Chance verbunden ist, eingefahrene Beziehungsmuster und eingefahrene strukturelle Muster zu verändern. Diese Beziehungen und Strukturen betreffen jedoch nicht nur die Menschen, die in der Institution leben, sie betreffen – wenn auch in anderer Form – die Menschen, die in der Institution ihren Arbeitsplatz haben, die Professionellen. Im folgenden Kapitel werden somit die aktuellen Diskurse über Menschen, die in Institutionen arbeiten, vorgestellt, Ähnlichkeiten und Unterschiede zu den Diskursen über die Menschen, die in der Institution leben, herausgearbeitet und auch hier eine Einbettung in das Analyseschema Sicherheit versus Freiheit vorgenommen.

3.1. Humane Arbeit und ihre Persönlichkeitsförderlichkeit

Arbeit bestimmt das menschliche Leben von Beginn an. Arbeit in der heutigen Zeit lässt sich nicht lösen von den grundlegenden gesellschaftlichen Mechanismen, die unser Zusammenleben regulieren und die tiefgreifend in unsere sozialen Beziehungen und unser Denken und Fühlen hineinwir-

ken (Hardt & Negri, 2002). Dies gilt in gleichem Maße für affektive Arbeit (S. 304), wie sie tagtäglich in Institutionen geleistet wird, wie für andere Formen von Arbeit, bei denen die Produkte greifbarer sind. Arbeit erfüllt vielfältige Funktionen, von der Strukturierung von Zeit, über die Gestaltung sozialer Beziehungen bis hin zur Erfahrung eigenen Handelns, der Steigerung von Lebenswert, wie bereits Lewin 1920 feststellte (zitiert nach Ulich, 1994, S. 17 f.) und – nicht zuletzt – der Sicherstellung von Reproduktion. Dabei beinhaltet Arbeit „zwei Gesichter“ (ebd.; vgl. auch Schallberger, 2006) als Quelle von möglichen negativ und positiv erlebten emotionalen Zuständen.

Die Orientierung an der Sicht und den Bedürfnissen der Menschen, die in Institutionen arbeiten, die Mitarbeiterinnenorientierung, ist dabei kein Selbstzweck oder Luxus, sondern wirkt direkt weiter auf die Menschen, die in dieser Institution leben. Da Träger in der Behindertenhilfe – anders als Industriebetriebe – nicht über Patente verfügen, teure Produktionsmittel oder andere Formen von materiellem Kapital (so sind bekanntermaßen die Gebäude häufig auch nicht mehr im besten Zustand), stellen die Professionellen mit ihrem Handeln das Kapital der sozialen Einrichtung dar. Sie leisten mit ihrer tagtäglichen Arbeit das, was den Sinn der Institution in ihrem Kern ausmacht und was ihr Existenzberechtigung verschafft: entwicklungsförderliche Beziehungsgestaltung als wesentliches Merkmal der Qualität sozialer Dienstleistung. „Zentraler Faktor für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung ist das Personal“, so auch der Heimericht (BMFSFJ, 2006, S. 7).

Innerhalb dieser Beziehungen findet ein Parallelprozess statt: Die Sicherheit der Menschen, die in der Institution arbeiten, wirkt sich positiv auf die Sicherheit der Menschen aus, die dort leben – und andersrum. Gleiches gilt für die Zufriedenheit, das Wohlergehen und vielleicht nicht zuletzt auch den Humor.

Jantzen (2003) spricht daher von der

Notwendigkeit, gerade die Kolleginnen und Kollegen – die hier als Praktiker/innen und nicht als Intellektuelle in der Einrichtung arbeiten – zu unterstützen, sie aufzubauen, ihre besseren Lebens- und Arbeitsverhältnisse genauso in den Mittelpunkt zu stellen wie die Bewohner/innenverhältnisse, freilich mit der Grenze, dass mit der größten Ungerechtigkeit zunächst begonnen werden muss, und das ist die Ungerechtigkeit gegen die Bewohner/innen. Vor der hat die andere zurückzustehen, aber die nächste Ebene ist die permanent praktizierte Ungerechtigkeit gegenüber Mitarbeiter/innen, die zu recht für den Bereich der Wohlfahrtsverbände auch mit dem Etikett der emotionalen Ausbeutung versehen wurde (in der alten Diakonie noch stärker). Aber immer wird das hohe menschliche Engagement von Leuten als Standortfaktor, als wertbildender Faktor, mit ausgebeutet und ganz gezielt genutzt – zum Teil über moralisierende Appelle und ähnliches (S. 108 f.)¹³.

Ein besseres Verständnis der Menschen, die in Institutionen arbeiten, wird darüber auch zu einem besseren Verständnis der Menschen, die dort leben, führen. Und da beide an einem Ort, der Institution, aufeinandertreffen, wird auch das Verständnis für die Institution und ihre konstituierenden Prozesse erweitert.

¹³ Bourdieu (1998b) beschreibt das Dilemma konfessionell getragener Institutionen: „Die Wahrheit des religiösen Unternehmens ist, dass es zwei Wahrheiten besitzt: die ökonomische Wahrheit und die religiöse Wahrheit, die jene verneint“ (S. 188), so dass „die Ausbeutung (...) verschleiert“ wird (S. 191, Hervorhebung im Original; vgl. auch Jantzen, 2003, S. 91).

In diesem Kapitel sollen – vergleichbar dem vorherigen Kapitel – bedeutsame Diskurse über Menschen, die in Institutionen arbeiten, vorgestellt werden. Dabei bestehen mehrere inhaltliche Überschneidungen: die objektiven Arbeitsbedingungen zeigen Parallelen zu den bereits vorgestellten Lebensstandards auf, die Arbeitszufriedenheit ähnelt dem Wohlbefinden, auch in seinen paradoxen empirischen Befunden. Die Strategien der Arbeitsgestaltung mit der Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsräumen sind vergleichbar der Gestaltung von Räumen für ein selbstbestimmtes Leben.

Lediglich der normative Bezugspunkt, bei behinderten Menschen das Normalisierungsprinzip, ist für die Menschen, die arbeiten, weder im Allgemeinen, noch speziell für die Behindertenhilfe, nicht so einfach zu beschreiben.

Ulich beispielsweise definiert bereits 1984 (zitiert nach Ulich, 1994) humane Arbeit als Orientierungspunkt von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen:

Als human werden Arbeitstätigkeiten bezeichnet, die die psychophysische Gesundheit der Arbeitstätigen nicht schädigen, ihr psychosoziales Wohlbefinden nicht – oder allenfalls vorübergehend – beeinträchtigen, ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechen, individuelle und/oder kollektive Einflussnahme auf Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme ermöglichen und zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit im Sinne der Entfaltung ihrer Potentiale und Förderung ihrer Kompetenzen beizutragen vermögen (S. 124).

Die Persönlichkeitsförderlichkeit ist demnach einer der bedeutendsten Ansprüche, der heute an eine Arbeitstätigkeit gestellt werden kann. Mit Rubinstein (1958, S. 704) verweist Ulich (1994) darauf, dass die Arbeit „das wichtigste Mittel zur Formung der Persönlichkeit (ist). Im Prozess der Arbeit wird nicht nur ein bestimmtes Produkt der Arbeitstätigkeit des Subjekts erzeugt, sondern dieses selbst wird in der Arbeit geformt“ (S. 122). Als bedeutsame Dimensionen der Persönlichkeit, die dabei in der Arbeitstätigkeit förderlich wirken und durch die Arbeit entwickelt werden können, beschreibt Ulich (ebd.) a) die kognitive Kompetenz, b) die soziale Kompetenz, c) das Selbstkonzept und d) die Leistungsmotivation. „Arbeitstätigkeiten mit inhaltlicher Komplexität und vielfältigen Anforderungen erhalten und steigern die geistige Beweglichkeit (...) Ablösung von Fremdkontrolle durch Selbstkontrolle und Selbsteinrichten fördern das Selbstkonzept und die Leistungsmotivation“ (S. 123).

Humane Arbeit und Persönlichkeitsförderlichkeit können demnach normative Anknüpfungspunkte sein, an dem sich die Arbeit in Institutionen messen lassen kann. Wie beim Normalisierungsprinzip schon beschrieben, scheint dabei wichtiger als eine Orientierung an einem gesellschaftlichen Durchschnitt das Zulassen von Vielfalt und unterschiedlichen Arbeitsentwürfen zu sein. Moderne Management-Konzepte berücksichtigen diese Vielfalt, z.B. bei der Diversifikation unterschiedlicher Kulturen der Professionellen (Diversity Management, vgl. zum Überblick Stuber, 2003; Lotter, 2009).

Zunächst aber zu den Arbeitsbedingungen und ihrer Analyse (vgl. zum Überblick Kirchler & Hölzl, 2002).

3.2. Die objektive Sicht auf Arbeit: die Arbeitsbedingungen

Mittlerweile gibt es zahlreiche objektive Aspekte von Arbeit und ihren Bedingungen, die vergleichbar den Indikatoren von Lebensstandards beschrieben werden können: Arbeitszeiten, Einkommen, aber auch Gefahren in der Arbeit und schließlich der Verlust der Arbeit als Arbeitsplatzunsicherheit bestimmen dabei die aktuelle Diskussion in der Öffentlichkeit.

Eine Beschreibung der Arbeitsbedingungen und ihre systematische Analyse hat eine lange Tradition. Bereits mit dem Höhepunkt des Taylorismus vor hundert Jahren entstand die Psychotechnik als eigenständige Disziplin, um sich mit den (schädlichen) Auswirkungen von Arbeit auf die Entwicklung von Menschen zu beschäftigen und psychologische Erkenntnisse in der Gestaltung von Arbeitsbedingungen zu nutzen (Ulich, 1994).

Dabei wurde schon 1927 durch Giese zwischen Subjektpsychotechnik und Objektpsychotechnik unterschieden, worauf Ulich (ebd.) verweist: „Gegenstand der Subjektpsychotechnik ist die Anpassung der Menschen an die Arbeitsbedingungen durch Berufsberatung, Auslese, Schulung und Führung. Gegenstand der Objektpsychotechnik ist die Anpassung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsmitteln an die 'psychologische Natur des Menschen' (Giese, 1927, S. 6). Folgerichtig vertrat er die Auffassung, ‚dass im Wirtschaftsleben die Objektpsychotechnik eine wesentlich größere Rolle spielen muss als die Subjektpsychotechnik‘ (ebd., S. 123)“ (S. 16). Dies wurde in der Folgezeit nicht immer realisiert, da psychologische Fragestellungen um Personalselektion und -eignung stärker in den Vordergrund drangen (ebd., S. 35).

Mit dem gesellschaftlichen Wandel der 1960er Jahre vollzog sich auch ein Wandel in den fokussierten Fragestellungen bezüglich der Arbeitsbedingungen und dem Inhalt der Arbeit wurde mehr Beachtung beigemessen.

Hacker und Richter (1980) stellen hierfür ein hierarchisches Modell zur objektiven Bewertung von Arbeitsbedingungen vor, mit den aufeinander aufbauenden Dimensionen: 1. Ausführbarkeit, 2. Schädigungsfreiheit, 3. Beeinträchtigungsfreiheit und 4. Persönlichkeitsförderlichkeit.

Unter der Dimension Ausführbarkeit wird dabei verstanden, „ob die Voraussetzungen für ein zuverlässiges, forderungsgerechtes, langfristiges Ausführen der Tätigkeit gegeben sind“ (S. 30). Demgegenüber besteht Nichtausführbarkeit, „wenn bei der gewählten arbeitsgestalterischen Lösung die geforderte Arbeitstätigkeit nicht dauernd forderungsgerecht erfüllt werden kann, sondern auch, wenn mit Hilfe unzulässiger Gefährdung oder zumutbarer Beeinträchtigungen die Erfüllung erreicht werden müsste. Bei den letzten Bedingungen liegen Übergänge zu den Bewertungsebenen ‚Schädigungslosigkeit‘ und ‚Beeinträchtigungslosigkeit‘ vor“ (S. 31). Die Dimension Schädigungsfreiheit bezieht sich auf direkte körperliche und psychische Schädigung, z.B. in Form von Unfällen und Krankheiten in direkter Folge der Tätigkeit. Die Dimension Beeinträchtigungsfreiheit schließlich äußert sich in einer „Destabilisierung der Handlungsregulation“ (S. 69) und führt zu quantitativer und qualitativer Leistungsminderung sowie zu Beeinträchtigungen des Befindens, die mit körperlichen Begleiterscheinungen einhergehen können, wie z.B. bei stressbedingtem Bluthochdruck.

Die letztgenannte Dimension Persönlichkeitsförderlichkeit ist – wie bereits beschrieben – zu einem der wichtigsten Kriterien in der Beurteilung von Arbeit geworden und geht davon aus, dass diese wesentlich in der Arbeit eines Menschen realisiert werden kann.

Vor dem Hintergrund der mittlerweile akzeptierten Bedeutung der Arbeitsinhalte für das psychische Wohlergehen und damit die Motivation der Beschäftigten wurden zahlreiche Instrumente zur Erfassung der unterschiedlichen Ausprägungen bedeutsamer Faktoren der Arbeit entwickelt.

Die psychologische Arbeitsanalyse untergliedert sich dabei in drei Schritte:

- a) Analyse der Arbeitsaufträge und der Bedingungen ihrer Erfüllung: Hierbei geht es zunächst um die betrieblichen Rahmenbedingungen, wie der Produktionsprozess gegliedert werden kann, welche Arbeitsprozesse hierzu nötig sind, wie die Eigenschaften des zu bearbeitenden Produktes sich auf die Produktion auswirken, wie innerhalb der Produktion eine Arbeitsteilung zwischen den Beschäftigten stattfindet und wie die mit der Produktion einhergehenden Probleme gelöst werden können. Ein bekanntes Verfahren hierzu ist die soziotechnische Analyse (Emery, 1967).
- b) Analyse der Arbeitstätigkeiten und der erforderlichen Regulationsvorgänge: Diese entspricht einer Mikroanalyse der zur Erfüllung der Arbeitsaufträge erforderlichen Arbeitsprozesse. Durch Befragung und besonders genaue Beobachtung werden die Teilschritte des Arbeitsprozesses dokumentiert und ausgewertet. Hierdurch können Wiederholungsfolgen beschrieben, z.B. mögliche monotone Tätigkeiten, aber auch die Vielfalt und Differenzierung des Arbeitsprozesses bezüglich wechselnder Tätigkeiten erfasst werden.
- c) Analyse der Auswirkungen auf Befinden und Erleben der Beschäftigten.

Durch den dritten Teilaspekt der Arbeitsanalyse, die Beschreibung der Auswirkungen von Arbeit auf die Beschäftigten, gerät – wie bei der Lebensqualität – die subjektive Sicht der Beschäftigten auf die objektiven Arbeitsbedingungen in den Mittelpunkt des Interesses. Schüpbach (1993) fasst die Erkenntnisse um Arbeitsanalyse wie folgt zusammen:

Taylor und seine Nachfolger ... benutzten die Arbeitsanalyse als Instrument, um das Erfahrungswissen und das handwerkliche Können der Arbeiter von ihren Trägern zu lösen, die komplexen Arbeitsabläufe und -tätigkeiten in funktionale Arbeitselemente zu zergliedern und diese der naturwissenschaftlichen Suche nach der 'einen', effizientesten Ausführungsweise zugänglich zu machen. Dies schaffte die Voraussetzungen für die Trennung der Arbeitsplanung und -steuerung von der Ausführung und die weitgehende Mechanisierung bzw. Automatisierung der Ausführung. Neuere Ansätze heben demgegenüber die Stellung des Menschen als autonomes Subjekt seiner Tätigkeiten hervor, betonen seine Fähigkeit zur Selbstregulation und sehen in der Gestaltung ganzheitlicher Arbeitstätigkeiten den entscheidenden Ansatz zur Flexibilisierung der Arbeitsabläufe. Für die theoretische Fundierung und die methodische Ausrichtung der Arbeitsanalyse hat dies weitreichende Konsequenzen (S. 167).

Eins der bekanntesten Verfahren, um die subjektiven Bewertungen der Arbeitsprozesse zu erfassen, ist die „Subjektive Arbeitsanalyse“ (SAA, Udriș & Alioth, 1980), mit der die „Arbeitssituation, wie sie subjektiv wahrgenommen wird“ (S. 62) in sechs Dimensionen erfasst werden soll. Durch die Offenheit des Verfahrens konnte Sie in verschiedensten Arbeitsfeldern eingesetzt werden. Die SAA wurde auch in der vorliegenden Untersuchung zum Deinstitutionalisieren verwendet, sie wird ausführlich in Kapitel 7 vorgestellt.

Neben der Entwicklung der objektiven und subjektiven Arbeitsanalyse zur differenzierten Beschreibung der Arbeitsbedingungen gibt es ein großes Interesse an der Beschäftigung mit dem Outcome von Arbeit und geeigneten Indikatoren hierzu. Dabei gilt traditionell die Arbeitszufriedenheit als ein wesentlicher subjektiver Outcome, der im Weiteren vorgestellt wird.

3.3. Die subjektive Sicht auf Arbeit: die Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit ist demnach ein Konstrukt, das schon lange der psychologischen Forschung unterliegt (vgl. zum Überblick Fischer, 2005). Wie beim Wohlbefinden auch ist dabei die Arbeitszufriedenheit ein Konstrukt, in das vielfältige Faktoren einfließen, z.B. situative, dispositive und motivationale Aspekte. Arbeitszufriedenheit als lineares Ergebnis der Arbeitsbedingungen anzusehen, greift genauso kurz, wie die Lebensqualität und das Wohlbefinden als einfaches Ergebnis der Lebensstandards zu beschreiben. Vielmehr ist von einem komplexen Zusammenspiel von innerpsychischen Faktoren (Motivation, Einstellung, Lerngeschichte etc.), interpsychischen Faktoren (den sozialen Beziehungen) und den situativen Rahmenbedingungen auszugehen. Dementsprechend gibt es auch verschiedene Vorstellungen, ob Arbeitszufriedenheit eher einen vorübergehenden Zustand darstellt oder ein zeitlich überdauerndes Urteil ist, ob sie eher retrospektiv oder prospektiv erfolgt, ob sie abhängig ist von der Persönlichkeit oder der vorgefundenen Situation und ob sie beeinflussbar ist, z.B. durch die Bezahlung. So handelt es sich bei der Arbeitszufriedenheit um ein schwer zu analysierendes Urteil von Befragten (Fischer & Belschak, 2005) und Ferreira (2007) alleine beschreibt 201 unterschiedliche Instrumente zu ihrer Erfassung.

Bereits frühzeitig wurde versucht, einen Zusammenhang zwischen den objektiven Aspekten der Arbeitsbedingungen und der Arbeitszufriedenheit herzustellen. Die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959) bekam dabei soviel Popularität, dass sie auch heute noch gerne zur Erklärung von Arbeitszufriedenheit heran gezogen wird (vgl. z.B. Wacker et al., 1998, S. 19). Dabei beschreibt Herzberg Arbeitszufriedenheit als das Ergebnis zweier sich ergänzender situativer Faktorengruppen.

Die Faktoren, die Zufriedenheit erzeugen können, wenn sie erfüllt sind, die „Satisfiers“ sind beispielsweise: die Tätigkeit selbst, die Möglichkeit, etwas zu leisten, die Möglichkeit, sich weiter zu entwickeln, Verantwortung bei der Arbeit, Aufstiegsmöglichkeiten, Anerkennung. Diese hängen direkt mit der Arbeit zusammen, resultieren aus dieser und werden daher von Herzberg als die eigentlichen Motivatoren angesehen.

Die Faktoren, die Unzufriedenheit erzeugen, wenn sie nicht erfüllt sind, die „Dissatisfiers“ sind beispielsweise: die Gestaltung der äußeren Arbeitsbedingungen, die Beziehungen zu den Arbeitskollegen, die Beziehung zu den Vorgesetzten, Firmenpolitik und Administration, die Entlohnung einschließlich der Sozialleistungen, die Krisensicherheit des Arbeitsplatzes.

Das Konzept der Zwei-Faktoren-Theorie ist aus methodischen und inhaltlichen Gründen immer wieder kritisiert worden, da beispielsweise der sozialen Funktion von Arbeit, den Beziehungen zu Kollegen eine eher untergeordnete Funktion beigemessen wurde. Dennoch besteht sie in ihrer Kernaussage, dass für Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation die Inhalte der Arbeit bedeutsa-

mer sind als ihre Bedingungen, weiterhin fort. Aktuell konnte Sonnenmoser (2006) beispielsweise zeigen, dass selbst die astronomisch hohen Vergütungen von Managern einen geringeren Effekt auf die Arbeitszufriedenheit hatten als inhaltliche Faktoren der Arbeit.

In der weiteren Erforschung der Arbeitszufriedenheit wurden zahlreiche Faktoren genauer untersucht, auf Seite der Merkmale der Arbeitssituation waren dies die Durchführung der Arbeit, Führung, sozialer Kontext, Aufstiegsmöglichkeiten, Bezahlung und weitere. Auf der Seite der Merkmale der Person mit ihren subjektiven Motiven und Erwartungen waren es die interkulturellen Differenzen, Geschlecht, Bildung, Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit und andere Persönlichkeitsfaktoren (Bruggemann, Großkurth & Ulich, 1975, S. 122).

Vergleichbar dem „Paradoxon des Wohlbefindens“ (vgl. Kapitel 2) ergab die vertiefte Erforschung des Zusammenhangs von Arbeitsinhalten und Arbeitszufriedenheit widersprüchliche und teilweise paradoxe Ergebnisse. Vor diesem Hintergrund wurde in der Arbeitszufriedenheitsforschung der Blick zunehmend auf die subjektiven Bewertungsprozesse gelegt, um diese besser analysieren zu können.

Bruggemann et al. konnten bereits 1975 zeigen, dass Arbeitszufriedenheit (AZ) das Ergebnis eines differenzierten Bewertungsprozesses ist, der zu gänzlich unterschiedlichen Typen von Zufriedenen bzw. Unzufriedenen führen kann. Sie beschreiben folgende Prozesse, die für die Entstehung der unterschiedlichen Ausprägungsformen von Arbeitszufriedenheit entscheidend sind:

- Die Befriedigung bzw. Nicht-Befriedigung der Bedürfnisse und Erwartungen zu einem gegebenen Zeitpunkt;
- Erhöhung, Aufrechterhaltung oder Senkung des Anspruchsniveaus als Folge von Befriedigung oder Nicht-Befriedigung;
- Problemlösung, Problemfixierung, Problemverdrängung im Falle der Nicht-Befriedigung (S. 132).

Sie unterscheiden insgesamt sechs daraus resultierende Formen von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunzufriedenheit (vgl. folgende Abbildung 4). Welche Form in Erscheinung tritt, hängt nun von dem individuellen Soll-Ist-Vergleich ab, in den die eigenen Bedürfnisse und Erwartungen (Soll) und die wahrgenommenen Möglichkeiten zur ihrer Realisierung in der gegebenen Arbeitssituation (Ist) einfließen. Je nachdem, wie der Vergleich ausfällt, hat er Auswirkungen auf das Anspruchsniveau und führt darüber zu qualitativ unterschiedlichen Formen von Zufriedenheit. Fällt beispielsweise der Soll-Ist-Vergleich positiv aus und bleibt das Anspruchsniveau unverändert, wird der daraus resultierende Zustand als „stabilisierte Arbeitszufriedenheit“ bezeichnet, weil diese mit der Tendenz zur Situationserhaltung verbunden ist (vgl. Ulich, 1994, S. 115). Fällt hingegen der Vergleich negativ aus und wird das Anspruchsniveau gesenkt, so kann daraus eine „resignative Arbeitszufriedenheit“ entstehen. Bleibt bei einem negativen Vergleich das Anspruchsniveau erhalten und werden neue Lösungsversuche unternommen, mündet dies in die Form der „konstruktiven Arbeitsunzufriedenheit“.

Auf der Basis ihres Modells entwickelte Bruggemann den Arbeitszufriedenheits-Kurzfragebogen (Bruggemann et al., 1975), der auch in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurde und in Kapitel 7 näher beschrieben wird.

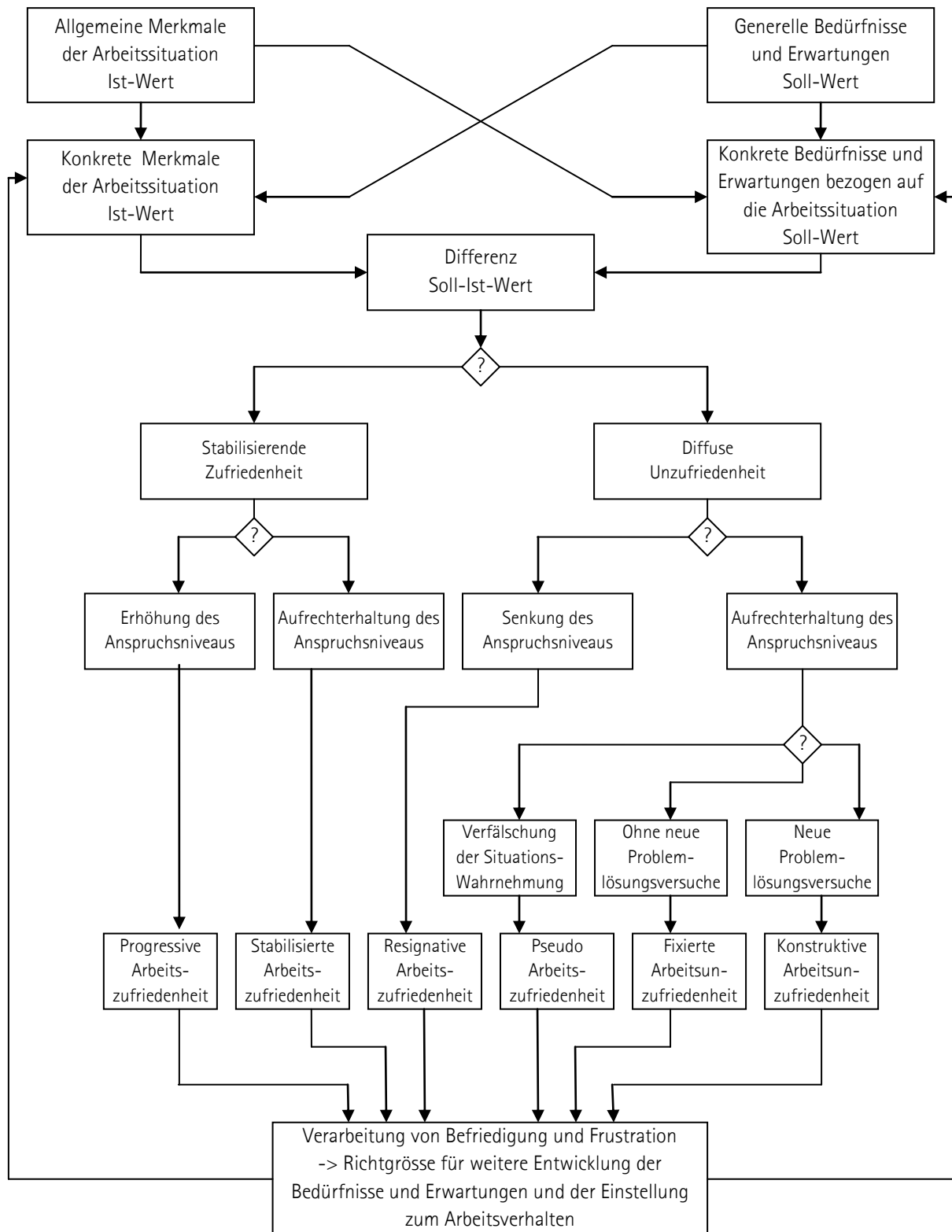


Abbildung 4. Formen der Arbeitszufriedenheit (aus: Bruggemann et al., 1975, S. 134 f.)

Auch wenn das Modell von Bruggemann und Mitarbeitern hinsichtlich methodischer Probleme kritisiert wurde (z.B. Neuberger & Allerbeck, 1978; Büssing, 1985; Fischer, 1989), wird „allgemein anerkannt (...), dass es gegenüber den bisherigen Betrachtungen der AZ einen entscheidenden Fortschritt bedeutet, AZ nunmehr als Prozess zu interpretieren“ (Gebert & Rosenstiel, 1981, S. 69), was

bis in die aktuelle Forschung hinein anhält (Hofmann, 2006). Der Ansatz von Bruggemann et al. wurde vielfältig weiterentwickelt und findet sich mit seiner Betrachtung unterschiedlicher Formen der Arbeitszufriedenheit in der aktuellen Diskussion wieder (vgl. Bert & Jiménez, 2005; Fischer & Fischer, 2005; Baumgartner & Udris, 2005). „Konstruktiv Arbeitsunzufriedene“ beispielsweise reagieren auf reduzierte Freiräume mit verstärkten Handlungen, diese zu erweitern, während dies die „resignativ Arbeitszufriedenen“ nicht tun (Büssing, Herbig, Bissels & Krüsken, 2005). Die „konstruktiv Unzufriedenen“ können darüber hinaus ihr erworbenes Wissen deutlich stärker in entsprechende Handlungen umsetzen als die „resignativ Zufriedenen“ (Büssing, Bissels, Herbig & Krüsken, 2000).

Zusammenfassend kommen Abele, Cohrs und Dette (2005) aufgrund der Sichtung von Meta-Analysen zu dem Ergebnis, dass Arbeitszufriedenheit sowohl von Merkmalen der Situation als auch von Merkmalen der Person beeinflusst wird, wobei allerdings für die Arbeitszufriedenheit gegenüber der allgemeinen Lebenszufriedenheit eher Situationsfaktoren entscheidend sind.

Es kann festgehalten werden, dass Arbeitszufriedenheit – wie schon das subjektive Wohlbefinden – ein wissenschaftlich schwer zu greifender Untersuchungsgegenstand ist. Er unterliegt komplexen Bewertungsprozessen, die mit einer bloßen Befragung nach globaler Zufriedenheit zu paradoxen Ergebnissen führen muss. „Damit wird zugleich deutlich, dass Arbeitszufriedenheit ohne qualitative Differenzierung, d.h. ohne Angabe der anzustrebenden Form, kein geeignetes Kriterium zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten darstellt“ (Ulich, 1994, S. 119). Gleichwohl wird trotz der unklaren Kausalitäten auch heute noch Arbeitszufriedenheit in seiner Indikatorfunktion für psychische Gesundheit, Leistung und Effizienz nicht angezweifelt (Fischer & Fischer, 2007). Ehrlich und Lange (2006) stellen aber fest, dass viele Unternehmen es über die Beschäftigung mit Arbeitszufriedenheit versäumt haben, die Motivation der Beschäftigten zu fokussieren und damit Aspekte der Arbeitsgestaltung im Sinne einer persönlichkeitsförderlichen Arbeit zu berücksichtigen.

Exkurs 5. Arbeiten im Heim – Die Arbeitsrealität in der Behindertenhilfe zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout

Die Tätigkeit der Menschen, die in Institutionen arbeiten, lässt sich zunächst über eine Außenperspektive beschreiben, über die Rolle, die ihnen zugewiesen wird (CBP, 2004):

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben eine zentrale Rolle bei der Entwicklung der Menschen mit Behinderung zu mehr Selbstbestimmung. Sie bringen ihre Kompetenzen beratend und unterstützend in die Lebens- und Alltagsgestaltung der Menschen mit Behinderung ein. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beachten im Alltag die Interessen der Menschen mit Behinderung. Sie befähigen und unterstützen Menschen mit Behinderung, Wahlmöglichkeiten zu erkennen, Entscheidungen zu treffen, diese zu artikulieren, ihre Interessen durchzusetzen und Verantwortung zu übernehmen. Sie begrüßen und ermutigen die gesetzlichen Betreuer, die Interessenvertretung für den Menschen mit Behinderung aktiv wahrzunehmen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sich dabei möglicher Interessen- und Rollenkonflikte wie unterschiedlicher Wertvorstellungen bewusst, klären diese aber wertschätzend und als Partner mit den Menschen mit Behinderung und in sozialer Verantwortung für den begonnenen Entwicklungsprozess (S.26).

Diese Arbeit wird dann, wie Gröschke (2004, S. 5) proklamiert, idealerweise zu einer „Menschenrechtsprofession“. Die Leitbilder, die bewusst einen idealisierten Zustand beschreiben, brechen jedoch der Realität, umso mehr die Alltagsrealität mit den angedeuteten Konflikten konkret beschrieben wird.

Hier ist zunächst das Spannungsfeld zwischen Träger, Leitung und Mitarbeiter zu nennen (Dieckmann, 2002):

Ein Gruppendienstmitarbeiter handelt im Auftrag des Einrichtungsträgers. Er hat Vorgaben hinsichtlich der Ziele und der Aufgabendurchführung zu beachten, die in seiner Arbeitsplatzbeschreibung und in verschiedenen wohnbezogenen Konzeptionen niedergelegt sind oder als Weisung oder Verfahrensweisen mündlich oder durch die Praxis übermittelt werden. Die Vorgaben bleiben in der Regel sehr allgemein und erfordern eine Ausgestaltung, die im Mitarbeiterteam spezifiziert wird. Hierbei bringt jeder Mitarbeiter auch sein fachliches Selbstverständnis und seine berufliche Erfahrung ein. Gruppendienstmitarbeiter sind auch im rechtlichen Sinne verantwortlich für das Wohlergehen der Bewohner und den sorgsamen Umgang mit Ressourcen, die dafür zur Verfügung gestellt werden. Als Vertreter der Institution haben sie – und nicht die Bewohner – die Verfügungsgewalt über diese Ressourcen und die Programmgestaltung in der institutionellen Wohngruppe. Ein Mitarbeiter muss bei seinem Handeln sowohl die Gruppe als Ganzes als auch die Belange Einzelner im Auge behalten (S. 143 f.).

Schließlich kommt als weiteres Spannungsfeld die Beziehung zu den ihnen anvertrauten Menschen hinzu. Wacker et al. (1998) beschreiben hierzu die Arbeitsrealität von Menschen, die in Institutionen arbeiten, wie folgt:

Der Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern ist für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zunächst eine berufliche Aufgabe. Diesen globalen Dienstleistungsauftrag am Arbeitsplatz Wohngruppe mit Inhalt zu füllen, ist die Leistung, die vom Personal täglich erbracht werden muss. Zur Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner zählt die körperliche Pflege und Versorgung ebenso wie mehr oder weniger persönlichkeitsbeeinflussende Handlungen, etwa Förderung oder auch Aufsicht. Hinzu kommen administrative Tätigkeiten, die der Verankerung der Wohngruppe ins Heimgeschehen geschuldet sind. Der Sinn und Inhalt dieses Arbeitseinsatzes ist – wie dies bei den hausarbeitsnahen Berufen tendenziell grundsätzlich der Fall ist – nicht ohne weiteres festschreibbar. Letztendlich entscheiden hier über Erfolg und Misserfolg weniger die Stellenbeschreibung oder heimspezifische Aufgabenzuweisungen, als vielmehr die Zufriedenheit mit dem eigenen Tun, die Anerkennung durch Kollegen oder Vorgesetzte und das Feedback der Bewohnerinnen und Bewohner. Diese Unbestimmtheit und Unabgeschlossenheit der eigenen Aufgaben, die die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig beeinträchtigen, sind zugleich die Kehrseite eines Elementes dieser Art von Arbeit, das mit hohen Zufriedenheitswerten verbunden ist: Der Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern ist vergleichsweise abwechslungsreich und lässt in der Regel breiten Raum für selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Handeln (S. 157 f.).

Damit ergeben sich für den einzelnen Professionellen durchaus große Möglichkeiten, die in der Arbeit im Heim realisiert werden können: ein sinnerfülltes Tun, eine soziale Arbeit am Menschen mit anderen Menschen und die Entwicklung eigener Potentiale als Persönlichkeitsförderlichkeit. Diesen potentiellen Möglichkeiten stehen aber zahlreiche Risiken gegenüber, die die Arbeitsrealität von Menschen kennzeichnen, die in Institutionen arbeiten: Beeinträchtigungen durch die Arbeitszeiten und Schichtdienst, Beeinträchtigungen und Schädigungen durch hohe körperliche Belastung in der Pflege oder im Umgang mit herausforderndem Verhalten, geringe Anerkennung, geringes

Verstärkungspotential in der Arbeit, Gefahr von Konflikten im Team, von Mobbing bis Burnout (vgl. Metzler, 1988)¹⁴.

Häussler-Sczepan (1998) sieht dementsprechend:

„Zu wenig Zeit, zu wenig Mitbestimmung und zu wenig Information“ sind die zentralen Kritikpunkte aus der Sicht der Mitarbeiter/innen an der internen Arbeitsorganisation in Einrichtungen. Unter dem Druck ablauforganisatorischer Zwänge bleibt nach Einschätzung des Personals keine Zeit für psychosoziale Betreuung und Informationsaustausch. Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen von Einrichtungen kritisieren gleichermaßen ihr mangelndes Mitspracherecht und melden Informationsbedarf an. (...) Die Einbeziehung der Sichtweise aller Betroffenen erscheint daher unerlässlich (S. 162 f.).

Es gibt vielfältige Berichte aus Sicht der Betroffenen über die Arbeitsbedingungen in der stationären Behindertenhilfe, hier soll als ein Beispiel die Beschreibung der Arbeitsbedingungen aus dem Lilienthaler Memorandum (Jantzen, 2003) wiedergegeben werden:

Die Arbeitsorganisation im Behindertenbereich des Ev. Hospitals zeichnet sich durch Bedingungen aus, die zusammengefasst als autoritär und zentralistisch gekennzeichnet werden müssen. Arbeitsbedingungen, in denen es ersichtlich weit eher um das Bewahren eines wie immer verstandenen „eigenen guten Rufs“ (als ob ein solcher gegenwärtig bestünde), als um eine dem heutigen Stand entsprechende Betreuung von behinderten Bewohnern geht. In Verbindung der zunehmenden Überhierarchisierung verbunden mit zunehmender Reglementierung und Einengung gruppen- und hausübergreifender fachlicher Dienste ist zunehmend ein Zerfall sinnvoller Arbeitsstrukturen auf Gruppenebene und eine deutliche Dequalifizierung einher gegangen (S. 23).

Auf dieser Basis wird eine Enthierarchisierung, Erweiterung der Handlungskompetenzen in den Wohngruppen, auch bezüglich der Verfügung über ein Budget, der Trennung von Fachaufsicht und Dienstaufsicht gefordert (ebd.). An anderer Stelle beschreibt Jantzen (2003) die Auswirkungen dieses schlechten Betriebsklimas:

Ich rede jetzt nicht von dem Engagement der einzelnen Kolleginnen und Kollegen. Das habe ich überall gespürt. Aber ich rede von dem, was mir gesagt worden ist: dass zum Teil totale Hoffnungslosigkeit bestehe, dass Leute zum Teil gesagt haben: „Ich mag mich nicht mehr öffnen, weil ich glaube, dass ich mir doch nur wieder eins einfange“; es zeigt sich in Äußerungen, die sehr häufig kamen: „Die da oben interessieren sich überhaupt nicht für uns“, oder in Äußerungen, aus denen zum Ausdruck kam, dass die Mitarbeiter/innen sich in keiner Weise wertgeschätzt fühlten (S. 36).

Über die illustrierende Beschreibung der Arbeitsbedingungen aus subjektiver Sicht liegen mittlerweile zahlreiche Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit und Burnout von Beschäftigten im psychosozialen Bereich vor.

Neben der bereits ausführlich beschriebenen Arbeits(un)zufriedenheit erweist sich Burnout in diesem Zusammenhang als ausführlich diskutiertes Thema und besondere Gefahr in der sozialen Arbeit (vgl. zum Überblick Pucher-Matzner & Sonneck, 2006; Fengler, 2001; Maslach & Leiter, 1997; McManama, 1994). Es äußert sich auf unterschiedlichen Ebenen, von emotionaler Erschöpfung

¹⁴ Die besondere Situation der Professionellen der Behindertenhilfe in der DDR und ihre Veränderungen nach der Wende beschreibt Eisenberger (1999) und erörtert in diesem Zusammenhang notwendige Qualifizierungsmöglichkeiten.

über eine Reduzierung der persönlichen Leistungsfähigkeit bis hin zu Depersonalisation und verläuft über differenzierte Stadien: Zwang sich zu beweisen, verstärkter Einsatz, subtile Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen, Umdeuten von Werten, Verleugnung der aufgetretenen Probleme, Rückzug, beobachtbare Verhaltensänderungen, Verlust des Gefühls für die eigenen Person, innere Leere, Depression.

Arbeitszufriedenheit und Burnout im Gesundheitswesen generell sind ausführlich untersucht worden (vgl. zum allgemeinen Überblick Ulich, 2003; zum internationalen Überblick Jenull-Schiefer, Brunner, Ofner & Mayring, 2007). Fachkräfte in der Krankenpflege beispielsweise beschreiben ihre Arbeit durch hohe Anforderung, hohe Verantwortung bei gleichzeitig geringem Tätigkeitsspielraum und mangelnde Partizipationsmöglichkeiten, insbesondere bemängeln sie eine quantitative Überlastung durch Personalmangel, mangelnde Anerkennung, organisatorische Probleme sowie psychosozialen Stress (Baillod & Schär Moser, 2003). Dabei wird immer wieder die Gefahr von anhaltendem Stress mit folgendem Burnout in der Krankenpflege betont (Büssing & Glaser, 2000).

Wenderlein (2003) konnte durch die Befragung von 1021 Examinierten und Schülern der Krankenpflege zeigen, dass die Auszubildenden gegenüber den Ausgebildeten unzufriedener waren mit Vorgesetztenverhalten und Stationsklima. Dies hatte zudem direkte Auswirkungen auf ihre Arbeitszufriedenheit und ihre Fehlzeiten. Die Auszubildenden fühlten sich zudem trotz geringer Verantwortung stärker belastet. Insgesamt wird ihre Unzufriedenheit dabei weniger durch die Tätigkeit bestimmt als durch betriebliche Umstände.

Nach Westermann-Binnewies (2004) verursachen die Krankenhausstrukturen und Arbeitsverdichtung erst Zeitdruck und führen zu Reibungsverlusten zwischen den Kooperationspartnern (Ärzten, Pflegekräfte und Patienten). Dabei wiesen über 30 % der befragten Professionellen erhöhte Stresswerte auf und 25 % waren von Burnout bedroht. Besonders die Pflegekräfte empfanden ihre „Pufferfunktion“ und die Stationsärzte ihre „Sandwichfunktion“ als belastend. Die Pflegenden reagierten auf die wahrgenommene Machtlosigkeit mit „Blocking“, was Westermann-Binnewies als Gegenmachtstrategie versteht (ebd.). Den negativen Zusammenhang zwischen Organisationsklima und Mitarbeitermotivation im Krankenhaus bestätigt auch Humburg (2001) in ihrer Untersuchung von 188 Mitarbeitern.

Meßenzehl, Lukesch, Klein, Hajak, Schreiber & Putzhammer (2006) kamen aufgrund der Befragung von 112 therapeutisch tätigen Mitarbeitern in psychiatrischen Fachkliniken zu dem Ergebnis, dass 11-17 % von Burnout bedroht waren. Dabei korrelierten die Burnout-Subskalen emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung / Dehumanisierung negativ mit der Arbeitszufriedenheit und der sozialen Unterstützung.

Kleiber & Gusy (1996) konnten in einer umfassenden Längsschnittstudie zu Arbeitsbedingungen und Belastung von Beschäftigten in der medizinisch-psychosozialen Arbeit zeigen, dass Zeitdruck, mangelnder Handlungs- und Entscheidungsspielraum und die Arbeit im direkten Klientenkontakt die Probleme in der Interaktion mit Klienten bedingen. „Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutung von Merkmalen in der Burnout-Entstehung, die weniger durch das Arbeitsfeld (psychosoziale oder medizinische Arbeit) und die damit verbundene Konfrontation und Auseinandersetzung mit den Nöten und Problemlagen der Klienten bedingt sind, sondern mehr durch Faktoren, die aus der arbeitswissenschaftlich orientierten Stressforschung bereits als entscheidende Belastungsquellen bekannt sind“ (S. 308).

Büssing und Glaser (2003) fordern für eine moderne Gesundheitsversorgung im Krankenhaus daher eine konsequente Mitarbeiter- und Patientenorientierung.

Neben Arbeitsunzufriedenheit und Burnout kommt es im psychosozialen Arbeitsbereich ebenfalls zu Schädigungen und Beeinträchtigungen durch Traumatisierungen. Groß und Pöhlmann (2004) verweisen hierbei auf die erhöhte Gefahr von Traumatisierungen im Rettungsdienst. In ihrer Untersuchung von 77 Rettungsassistenten kamen sie zu dem Schluss, dass bei diesen durchschnittlich eine leichte Erhöhung der posttraumatischen Belastung vorlag und 11-19 % von Burnout bedroht waren.

Zudem liegen auch differenzierte Befunde zur Situation älterer Arbeitsnehmer in der sozialen Arbeit vor (Knabe-Gourmelon & Gourmelon, 2004).

Neben allen beschriebenen Risiken der psychosozialen Arbeit kamen Castello und Nestler (2004) durch die Befragung in 33 Jugendhilfeeinrichtungen aber auch zu dem Ergebnis, dass die Mitarbeiter trotz hoher Belastung überwiegend eine hohe Arbeitszufriedenheit aufwiesen und insbesondere ihre Gestaltungsfreiheit und Partizipationsmöglichkeiten positiv bewerteten.

Für die häusliche Pflege konnten Faßmann und Grillenberger (1996) zeigen, dass pflegende Frauen durch ihre Mehrfachbelastung eher von Burnout betroffen sind als pflegende Männer, dass die Pflege jüngerer Personen eher zu Burnout führte als die Pflege älterer Personen und dass es einen deutlichen negativen Zusammenhang zwischen Burnout und Zufriedenheit mit der eigenen Pflegeleistung und Pflegesituation gab.

Für die Arbeitszufriedenheit von Menschen, die in Institutionen der Behindertenhilfe arbeiten, liegen weniger und methodisch stark unterschiedliche Untersuchungen vor. Hier sollen lediglich Beispiele referiert werden (vgl. zum Überblick der Forschungen zur Arbeitszufriedenheit bei Professionellen der Behindertenhilfe Richardt, 1998):

Nübel (1997) berichtet von zwei großen quantitativen Untersuchungen in der Caritas und der Diakonie, die sich vorrangig mit den Fragen „Orientierung in der Krise“ und Glaube beschäftigten. Dennoch untersuchten sie auch die Arbeitszufriedenheit der repräsentativ ausgewählten 2.000 Beschäftigten der Caritas und 500 Mitarbeiterinnen von verschiedenen Standorten der Diakonie. Bedeutsam für die vorliegende Untersuchung ist eine beobachtete durchschnittlich positive Bewertung der Arbeitszufriedenheit, ein besonders bei jüngeren Mitarbeitern und Frauen festgestellter positiver Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Anerkennung durch die Einrichtung und schließlich der positive Zusammenhang zur Bewertung der persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten.

Fabian (1996) fokussierte in einer breit angelegten Untersuchung über die Arbeitszufriedenheit von 367 Betreuern geistig behinderter Menschen aus 14 bundesweit verteilten Einrichtungen die Aspekte Mitarbeitermerkmale, Arbeitsplatzmerkmale, konzeptionelle Orientierung sowie soziales Klima. Sie kam zu dem Ergebnis, dass sich das Gefühl von Orientierungssicherheit der Betreuer im Umgang mit den Betreuten als der wichtigste Prädiktor der eigenen Arbeitszufriedenheit erwies.

Wendeler (2000) befragte 99 Menschen, die in Institutionen arbeiten, zu ihrer Arbeitszufriedenheit. Er verwendete methodisch die Herzberg'schen Frage nach besonderen Vorfällen, die Anlass für

Zufriedenheit waren: „Denken Sie bitte an eine Situation, die Sie bei der Arbeit mit geistig behinderten Menschen erlebt haben, bei der Sie außergewöhnlich zufrieden waren. Was hat sich ereignet?“ (Weber, 1995, S. 54, zitiert nach Wendeler, ebd., S. 250). Die Antworten wurden qualitativ ausgewertet. Als bedeutsame Ergebnisse im Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit wurden berichtet: a) Möglichkeiten zum Aufbau von Beziehungen schaffen oder erweitern, b) wirksame und vertretbare Methoden zum Umgang mit Aggressionen entwickeln und üben, c) Kontakte zur Bevölkerung herstellen, d.h. gelungene Integration der Bewohner praktizieren, d) die praktische Selbstständigkeit der Bewohnerinnen fördern und e) das Wohlbefinden der Bewohner als Ziel der Arbeit ebenso wichtig nehmen wie deren Tüchtigkeit.

Metzler und Wacker (1998) beschreiben auf der Datenbasis ihrer Untersuchung zum „Leben im Heim“ (Wacker et al., 1998) auch die Arbeitszufriedenheit der Professionellen. Im Vordergrund von Klagen über Beeinträchtigungen der Arbeitsmotivation standen dabei weniger Kontakte zu Kolleginnen und behinderten Menschen sondern Aspekte der Arbeitsorganisation: hoher bürokratischer Aufwand, geringe Entscheidungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Berufsausübung, mangelnder Informationsfluss und institutionell gesetzte Grenzen des persönlichen Engagements. 38 befragte Professionelle gaben als unbefriedigende Aspekte ihrer Arbeit an (Mehrfachnennungen waren möglich, Wacker et al., 1998, S. 146): a) unbefriedigende Arbeitsorganisation (59,5 %), b) Personalmangel (48,6 %), c) unbefriedigende zeitliche und räumliche Arbeitsbedingungen (18,9 %), d) Verhalten von Bewohnerinnen (13,5 %), e) unbefriedigende Arbeitsinhalte mit fehlenden finanziellen Mitteln, zu viel Reinigungsarbeiten etc. (8,1 %), f) Verhalten von Kollegen und ein schlechtes Betriebsklima (8,1 %), g) eine schlechte berufliche Perspektive (5,4 %). Dabei wurde eine vorhandene Mitarbeitervertretung nicht als Entlastung erlebt. Für eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit wurden Verbesserungen der Arbeitsinhalte und mehr Möglichkeiten für individuelle Förderung der behinderten Menschen gesehen. Nahezu alle Befragten gaben an, ein größeres Engagement der Bewohnerinnen im Sinne von Selbstbestimmung zu begrüßen, fanden dies aber nicht im Arbeitsalltag umgesetzt. „Warum entsprechende Austauschbeziehungen oder komplementäre Umgangsstile eher nicht zum Heimalltag gehören, ist also die Frage“ (Metzler & Wacker, 1998, S. 114). Dennoch reflektierten die befragten Mitarbeiter ihre eigene Rolle kritisch, z.B. bei der Durchsetzung von institutionellen Regeln, bei Ordnungs- und Kontrollaufgaben, bei Eingriffen in den Selbstbestimmungsraum und die Privatsphäre der Bewohner.

Seifert (1997b) untersuchte in ihrer breit angelegten Studie zur Lebensqualität ausführlich auch die Arbeitszufriedenheit der Professionellen. Dabei geht sie von ihrem ökologischen Modell aus und der These, „dass die Arbeitszufriedenheit vom Grad der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse durch die ökologischen Bedingungen am Arbeitsplatz abhängig ist“ (S. 344). Die dabei befragten Professionellen beschrieben als Belastungsfaktoren ihrer Arbeit neben den Interaktionen mit den Bewohnern mit schwerer geistiger Behinderung (z.B. durch mangelnde Kommunikationsfähigkeiten, geringe Erfolgserlebnisse, auffällige Verhaltensweisen, geringe Entwicklungsfortschritte, ästhetische Aspekte) besonders das breite Spektrum ihrer Tätigkeiten, neben pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auch Verwaltungarbeit.

Aufgrund der Inhaltsanalyse der durchgeführten Interviews kam sie zu folgenden bedeutsamen Bedingungen der Arbeitszufriedenheit: Sinnhaftigkeit des täglichen Tuns, eine gute Zusammenarbeit mit den Kollegen, notwendige Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit schwerer geistiger Behinderung sowie Eigenverantwortlichkeit und Mitsprache. Für eine gelingender Teamarbeit sah

sie folgende Grundlagen: das gegenseitige Akzeptieren der Personen im Team, das Wahrnehmen der vorhandenen Kompetenzen und ihre konstruktive Nutzung, Kooperationsbereitschaft und das Verfolgen gemeinsamer Ziele.

Als besondere Schwierigkeit stellt Seifert (ebd., S. 348) die Zusammenarbeit der Professionellen in der Wohngruppe mit den beteiligten Fachdiensten heraus, die von den befragten Professionellen nicht als Unterstützung, sondern stichwortartig zusammen gefasst durch „mangelnde Nähe zum Gruppenalltag“, „Theorielastigkeit“ und „Statusunterschiede“ wahrgenommen wurden. Jantzen (2003) verweist mit Bezug auf die Untersuchung von Fengler und Fengler (1994) zum „Alltag in der Anstalt“ ebenfalls auf das Spannungsfeld zwischen denen, die „die ‚Drecksarbeit‘ an der ‚Front‘ machen und jenen ‚da oben‘“ (Jantzen, 2003, S. 69). Und auch Niedecken (2001) unterstreicht die Gefahr solcher Distanzierungen:

Besonders fatal ist, wenn sich eine Spaltung etwa zwischen der guten therapeutischen Einrichtung und den bösen oder unfähigen Betreuer(inne)n ergibt; wenn wir uns auf die gute, erfolgreiche therapeutische Seite schlagen und das Ertragen des alltäglichen Scheiterns denjenigen überlassen, deren Aufgabe es ist, den Betreuten das Abhängigsein lebbar zu machen. (...) Es ist klar, wer letztlich Leidtragende(r) solcher unaufgelöster Spaltungen in Idealisierung und Entwertung ist: die bzw. der Betreute, Behandelte selbst (S. 313).

Seifert (1997b) kommt abschließend zu dem Ergebnis, dass eine ausreichend gute Personalbesetzung notwendig ist sowie eine praxisbegleitende fachliche Unterstützung und Supervision, damit Burnout-Prozesse und eine erhöhte Personalfuktuation vermieden werden. Auch Wacker et al. (1998) stellen dar, dass die Fluktuation von Professionellen der Behindertenhilfe oft mit Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation und mangelnden Chancen des beruflichen Weiterkommens begründet wird (S. 145). Und entsprechend der 2005 vorgelegten Zwischenergebnisse der internationalen NEXT-Studie (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, Büscher & Müller, 2005) erwägen 20 % der Pflegekräfte im stationären Bereich in Deutschland einen Ausstieg aus ihrem Beruf.

Seifert (ebd.) fasst ihre Analyse zur Arbeitszufriedenheit in 10 Thesen zusammen:

1. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter hängt vom Grad der Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse durch die ökologischen Gegebenheiten am Arbeitsplatz ab.
2. Wesentliche Bedürfnisse von Mitarbeitern in Wohngruppen sind das Bedürfnis nach Sinnhaftigkeit der Arbeit, nach befriedigenden sozialen Beziehungen zu Kollegen und anderen Mitarbeitern, nach Wertschätzung (Selbstachtung und Achtung durch andere) sowie nach Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung.
3. Die Arbeit mit schwer geistig behinderten Bewohnern wird als sinnhaft erlebt, wenn sie zum Wohlbefinden der Bewohner beiträgt, wenn die Bewohner auf Zuwendung reagieren und wenigstens kleine Entwicklungsfortschritte zeigen. Die von den Bewohnern auf unterschiedliche Weise geäußerte Zuneigung bedeutet für die Betreuer Anerkennung.
4. Eine zufriedenheitsstiftende Kooperation im Team beinhaltet Konsens in der Zielsetzung der pädagogischen Arbeit, Absprachen über das pädagogische Vorgehen, Reflexion der Arbeit und gegenseitige Anerkennung, Offenheit und Unterstützung.
5. Ein fachlicher Austausch mit Kollegen in anderen Gruppen und den Tageseinrichtungen der Bewohner und gegenseitige Anerkennung hat positive Auswirkungen auf die Arbeit der Mitarbeiter in Wohneinrichtungen.

6. Mitarbeiter in Wohngruppen erleben die Zusammenarbeit mit den Eltern der Bewohner meist als Belastung. Sie wünschen sich mehr Anerkennung ihrer Arbeit durch die Angehörigen.
7. Voraussetzung für eine adäquate Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung in Wohngruppen ist eine entsprechende Qualifikation der Mitarbeiter und eine gute Einführung in die Arbeit. Sie benötigen fachliche Unterstützung durch Pädagogen, Psychologen, Therapeuten und Ärzte, die Erfahrung mit diesem Personenkreis haben. Dies gilt besonders für den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen der Bewohner.
8. Autonomie in der pädagogischen Arbeit und Mitsprache bei Entscheidungen, die die Bewohner und Mitarbeiter betreffen, erhöhen die Arbeitszufriedenheit.
9. Die Diskrepanz zwischen dem pädagogischen Anspruch und der Realität beeinträchtigt die Arbeitszufriedenheit. Besondere Belastungsfaktoren sind spezifische Verhaltensweisen der Bewohner, das breite Aufgabenfeld (Pflege, Haushalt, Verwaltung) und unzureichende Rahmenbedingungen (zu große Gruppen, ungünstige Gruppenkonstellationen, unzureichende Personalsituation, mangelnde fachliche Unterstützung). Wenn die alltäglichen Belastungen nicht durch befriedigende Erfahrungen kompensiert werden und die individuell verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung der Probleme erschöpft sind, besteht Burn-out-Gefahr. Die Mitarbeiterfluktuation in Gruppen mit schwer geistig behinderten Bewohnern ist groß.
10. Objektiv gleiche Arbeitsbedingungen werden von verschiedenen Mitarbeitern unterschiedlich erlebt und beurteilt. Dies steht in Zusammenhang mit Vorerfahrungen, Einstellungen und individuell verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung von Problemen (S. 357 f.).

Abschließend soll als besonderer Aspekt psychosozialer Arbeit die Emotionsarbeit vorgestellt werden. Entsprechend dieses Ansatzes werden Emotionen nicht nur als abhängige Variable der Arbeit verstanden (über die Frage: wie wirken sich Arbeitsbedingungen auf das emotionale Erleben und Burnout aus), sondern auch als unabhängige Variable. Das Konzept der Emotionsarbeit (Hochschild, 1990; vgl. zum Überblick Zapf, Seifert, Mertini, Voigt, Holz, Vondran, Isic & Schmutte, 2000; Fischbach, 2003) zollt damit dem Umstand, dass gegenwärtig mehr als 50 % der Beschäftigten in Europa dem Dienstleistungsbereich zuzurechnen sind. In diesem Bereich steht der direkte Kontakt zu anderen Menschen im Mittelpunkt. Untersuchungen zum Burnout haben bisher in diesem Zusammenhang vorrangig die Folgen unklarer oder widersprüchlicher Arbeitsanforderungen, z.B. Rollenüberlastung, Rollenambiguität oder Rollenkonflikte untersucht, weniger den Entstehungszusammenhang mit dem Zeigen und dem Umgang mit Emotionen. Emotionsarbeit wird dann oft als psychische Belastung betrachtet, die über emotionale Erschöpfung ins Burnout führen kann. Dabei wird aber betont, dass mit der Emotionsarbeit auch positive Konsequenzen einher gehen können, die sogar vor Burnout schützen, so dass unterschiedliche Formen von Emotionsarbeit differenziert werden müssen (Nerdinger, 2003). Emotionsarbeit kann unterschiedliche Aspekte haben: den Ausdruck positiver Gefühle, den Ausdruck negativer Gefühle, die Wahrnehmung unterschiedlicher Gefühle bei anderen, den Interaktionsspielraum, z.B. Interaktionen kontrollieren zu können, und schließlich die emotionale Dissonanz als eine Inkongruenz zwischen den gezeigten Gefühlen und dem inneren Erleben. Zapf und Mitarbeiter (ebd.) konnten zeigen, dass Emotionsarbeit nicht grundsätzlich burnoutförderlich ist, vielmehr ergeben sich differenzierte Befunde: Alle Aspekte von Emotionsarbeit führen zu emotionaler Erschöpfung, andererseits beispielsweise korreliert der Ausdruck positiver Gefühle deutlich mit einem positiven Gefühl der Leistungserfüllung. Am deutlichsten sind Zusammenhänge zwischen Burnout und der emotionalen Dissonanz festzustellen. Diese hat deutlich negative Effekte, von emotionaler Erschöpfung über Depersonalisierung zu psychosomatischen Beschwerden und Arbeitsunzufriedenheit (ebd.). Die emotionale Dissonanz in der Arbeit wird daher

als geeigneter Indikator für die Vorhersage von Beanspruchung, Burnout und Demotivation in der Arbeit angesehen (Kamrad, 2006; Neubach, 2005; Dorman, Zapf & Isic, 2002).

So führte eine Umstrukturierungsmaßnahme im Krankenhaus, durch die dem Pflegepersonal ermöglicht wurde, mehr Zeit mit den Patienten zu verbringen und damit mehr Emotionsarbeit zu leisten, zu einer Erhöhung von Burnout (Büssing & Glaser, 1999). Dem gegenüber kann möglicherweise die engere Bindung zwischen Betreuern und Betreuten Burnout vorbeugen, wie Windisch (1997) im Vergleich zwischen Professionellen in anthroposophischen und herkömmlichen Wohnheimen zeigen konnte. Es kommt demnach weniger auf die Quantität im persönlichen Kontakt an als auf die Qualität.

3.4. Die Gestaltung persönlichkeitsförderlicher Arbeit

Es wurde dargestellt, dass die Arbeitsbedingungen das subjektive Erleben beeinflussen, entsprechend der These: das Sein bestimmt das Bewusstsein. Gleichzeitig wurde über die Analyse des Konstrukts Arbeitszufriedenheit verdeutlicht, dass die internen Bewertungsprozesse der Professionellen ihre Zufriedenheit wesentlich mitbestimmen, das Bewusstsein also das Sein mitbestimmt.

Somit stellt die globale Arbeitszufriedenheit einen relativ unklaren Outcome von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen dar und führt mitunter zu paradoxen Ergebnissen. In neueren und arbeitspsychologisch orientierten Verfahren zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten spielt die Arbeitszufriedenheit als abhängige Variable der Arbeitsgestaltung dementsprechend eine zunehmend untergeordnete Rolle (Ulich, 1994, S. 119; vgl. auch Ehrlich & Lange, 2006). Dafür bekommen Aspekte der Persönlichkeitsförderlichkeit der Arbeit und ihrer Realisierung durch entsprechende Gestaltungsmaßnahmen eine zentrale Stellung. Nur so wird Arbeit eine „humane Arbeit“ (Ulich, 1984), die die Entwicklung der Persönlichkeit und die Entfaltung eigener Potentiale und Kompetenzen ermöglicht.

Um die Kriterien der humanen Arbeit umzusetzen, bedarf es zunächst der Klärung von unterschiedlichen Freiräumen, ohne die sich der einzelne Tätige nicht mit seinem Potential und seinen Kompetenzen einbringen kann. Um die Freiräume von Arbeit beschreiben zu können greift Ulich (1994) auf das Tätigkeitsmodell von Leontjew zurück. Dieser unterscheidet Freiräume auf drei hierarchischen Ebenen. Die unterste Ebene stellt der Handlungsspielraum dar. Auf dieser Ebene werden alle möglichen Freiheitsgrade oder Möglichkeiten des aufgabenbezogenen Handelns zusammengefasst. „Der objektive Handlungsspielraum umfasst die vorhandenen, der subjektive Handlungsspielraum die als solche erkannten diesbezüglichen *Wahlmöglichkeiten*“ (S. 143, Hervorhebung im Original). Er beschreibt die Flexibilität bei der Ausführung der (möglicherweise vorgegebenen) Aufgabe.

Der Gestaltungsspielraum als nächst höhere Ebene hingegen beschreibt die Möglichkeiten bei der Ausgestaltung der Arbeitstätigkeit hinsichtlich eigener Zielsetzungen und damit die Strukturierbarkeit der (möglicherweise immer noch vorgegebenen) Aufgabe. Er stellt die Variabilität der Tätigkeit dar.

Der Entscheidungsspielraum schließlich beschreibt das Ausmaß an Entscheidungskompetenzen bei der Festlegung und Auswahl von Aufgaben. Mit Volpert (1990, S. 35) beschreibt Ulich (1994), dass mit dem Entscheidungsspielraum „die Grenze zwischen Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung“ markiert wird (S. 143). Er kennzeichnet damit die Ebene der Autonomie, die mit der Tätigkeit verbunden ist und in ihr realisiert wird.

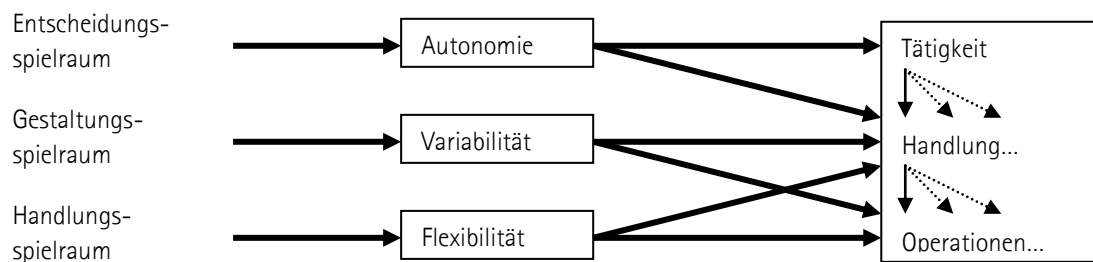


Abbildung 5. Der Tätigkeitsspielraum und sein Bezug zum Tätigkeitsmodell von Leontjew (in Anlehnung an Rauterberg, 1990, aus: Ulich, 1994, S. 144)

Semmer (1990) fasst die Diskussion um die genannten Spielräume zusammen:

Handlungs- bzw. Tätigkeitsspielraum, Freiheitsgrade, Kontrolle, Autonomie, Job decision latitude – so vielfältig die Terminologie und so nuancenreich die Konzepte auch sind: In der einschlägigen Literatur herrscht große Einmütigkeit, dass die Möglichkeit, Einfluss auf seine Angelegenheiten zu nehmen, über möglichst viele Aspekte seines Lebens – und somit auch seiner Arbeit – selbst zu entscheiden oder zumindest mit zu entscheiden, zu den Kriterien einer menschenwürdigen Lebensführung im allgemeinen wie einer persönlichkeitsförderlichen Arbeitsgestaltung im besonderen zu zählen ist (S. 190).

Dies wird auch aktuell bestätigt: Durch mehr Spielräume werden Eigeninitiative (Giardini & Frese, 2006) und Eigenverantwortung (Kaschube, 2006; Koch, 2003) gefördert, auch wenn letzteres in manchen Organisationen als Bedrohung erlebt wird, da eigenverantwortliche Mitarbeiter sich nicht stillschweigend in die fest gefügten Hierarchien eingliedern (Kaschube, ebd.).

Um Arbeit entsprechend dieser Kriterien zu gestalten, wird zwischen verschiedenen Zielrichtungen unterschieden: bei der korrektiven Arbeitsgestaltung geht es um die Korrektur erkannter Mängel in der Arbeit, sie ist eher rückblickend durch die Analyse entstandener Mängel ausgerichtet. Bei der präventiven Arbeitsgestaltung geht es um die Vermeidung gesundheitlicher Schädigungen und Beeinträchtigungen, sie ist insofern vorausblickend ausgerichtet. Die prospektive Arbeitsgestaltung schließlich fokussiert die Schaffung von Möglichkeiten der Persönlichkeitsentwicklung, was in den letzten Jahren favorisiert wird. Denn bereits in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde deutlich, dass die mit dem tayloristischen Ansatz verbundene Arbeitsteilung und Fragmentierung von Arbeitsabläufen aufgrund zunehmender Komplexität der Aufgaben an ihre Grenzen stieß (Ulich, 1994, S. 162). In der Folge wurden entgegengesetzte Maßnahmen entwickelt, nämlich die Arbeitstätigkeit zu erweitern, anstatt sie immer weiter aufzuteilen. Herzberg (1968) unterscheidet hierbei zwischen horizontaler Aufgabenerweiterung (job enlargement), die durch die Aneinan-

derreichung von strukturell ähnlichen Arbeitselementen charakterisiert ist. Sie vergrößert den Arbeitszyklus, ohne ihm dadurch mehr Sinn zu geben, und bezieht sich dabei auf die oben vorgestellte Ebene des Handlungsspielraums. Die vertikale Aufgabenerweiterung (job enrichment) hingegen erweitert die Tätigkeit um organisatorische und gestalterische Elemente und ermöglicht dem Professionellen mehr Kontrolle über die Arbeitsabläufe und bietet damit mehr Möglichkeiten, sich mit seinem Potential und Kompetenzen einzubringen. Sie erst ermöglicht die Aufhebung der tayloristischen Trennung von Denken und Tun (Ulich, 1994, S. 164). Das Konzept der Aufgabenerweiterung wurde weiterentwickelt und mündet in den „vollständigen Aufgaben“ (Hacker, 1987):

Eine vollständige Tätigkeit ist zum ersten in *sequentieller* Hinsicht vollständig. Neben bloßen Ausführungsfunktionen umfasst sie

- Vorbereitungsfunktionen (das Aufstellen von Zielen, das Entwickeln von Vorgehensweisen, das Auswählen zweckmäßiger Vorgehensvarianten)
- Organisationsfunktionen (das Abstimmen der Aufgaben mit anderen Menschen) und
- Kontrollfunktionen, durch die der Arbeitende Rückmeldung über das Erreichen seiner Ziele sich zu verschaffen in der Lage ist.

Zum zweiten sind vollständige Tätigkeiten in *hierarchischer* Hinsicht vollständig, indem sie Anforderungen auf verschiedenen, einander abwechselnden Ebenen der Tätigkeitsregulation stellen (S. 43, Hervorhebung im Original).

Erst durch vollständige Tätigkeiten werden die schon beschriebenen Möglichkeiten für eine Motivation in und durch die Arbeit geschaffen, die intrinsische Motivation.

Hackman und Oldham (1975) erfassen auf der Basis der Ganzheitlichkeit von Arbeit und weiteren Faktoren ihr jeweiliges Motivationspotential. Ihrer Hypothese entsprechend ist intrinsische Arbeitsmotivation an drei Grundbedingungen geknüpft, a) das Wissen über die Ergebnisse und Resultate der eigenen Arbeit, b) die erlebte Verantwortung für die Ergebnisse der eigenen Arbeit und c) die erlebte Bedeutsamkeit der Arbeit. Diese psychologischen Erlebniszustände werden dabei durch fünf Merkmale der Tätigkeit bestimmt, die Leitpunkte von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen sein können: (1) die Anforderungsvielfalt der Arbeit, (2) die Ganzheitlichkeit der Aufgabe, (3) die Bedeutsamkeit der Aufgabe für das eigene Leben und die Arbeit anderer, (4) die Autonomie und (5) die Rückmeldung aus der Tätigkeit (vgl. Ulich, 1994, 90). Hackman und Oldham (ebd.) verknüpfen die quantifizierten Ausprägungen diese Merkmale in einer Formel, um das Motivationspotential einer Tätigkeit zu bestimmen:

$$\text{Kennwert des Motivationspotentials} = \frac{\left[\begin{array}{ccc} \text{Anforderungs-} & + & \text{Ganzheit-} & + & \text{Bedeutsam-} \\ \text{vielfalt} & & \text{lichkeit} & & \text{keit der} \\ & & \text{der Aufgabe} & & \text{Aufgabe} \end{array} \right]}{3} \times \text{Autonomie} \times \text{Rückmeldung}$$

Abbildung 6. Kennwert des Motivationspotentials (nach Hackman & Oldham, 1975, aus: Ulich, 1994, S. 90)

Aus der Formel lässt sich ableiten, dass die Merkmale Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit und Bedeutsamkeit durch die additive Verknüpfung gegenseitig kompensierbar sind. Autonomie und

Rückmeldung werden jedoch als unabdingbare Voraussetzung für die Entstehung von intrinsischer Motivation angesehen.

Zusammengefasst bestehen in folgender Tabelle dargestellte Möglichkeiten bei der Gestaltung persönlichkeitsförderlicher und somit humaner Arbeit:

Tabelle 1

Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung und ihre Wirkungen auf die Professionellen (aus: Ulich, 1994, S. 161)

Gestaltungsmerkmal	Angenommene Wirkung	Realisierung durch...
Ganzheitlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiter erkennen Bedeutung und Stellenwert ihrer Tätigkeit - Mitarbeiter erhalten Rückmeldung über den eigenen Arbeitsfortschritt aus der Tätigkeit selbst 	... Aufgaben mit planenden, ausführenden und kontrollierenden Elementen und der Möglichkeit, Ergebnisse der eigenen Tätigkeit mit gestellten Anforderungen zu prüfen
Anforderungsvielfalt	<ul style="list-style-type: none"> - Unterschiedliche Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten können eingesetzt werden - Einseitige Beanspruchung können vermieden werden 	... Aufgaben mit unterschiedlichen Anforderungen an Körperfunktionen und Sinnesorgane
Möglichkeiten der sozialen Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeiten können gemeinsam bewältigt werden - Gegenseitige Unterstützung hilft Belastungen besser ertragen 	... Aufgaben, deren Bewältigung Kooperation nahelegt oder voraussetzt
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkt Selbstwertgefühl und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung - Vermittelt die Erfahrung, nicht einfluss- und bedeutungslos zu sein 	... Aufgaben mit Dispositions- und Entscheidungsmöglichkeiten
Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine geistige Flexibilität bleibt erhalten - Berufliche Qualifikationen werden erhalten und weiter entwickelt 	... problemhaltige Aufgaben, zu deren Bewältigung vorhandene Qualifikationen eingesetzt und erweitert bzw. neue Qualifikationen angeeignet werden müssen
Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Wirkt unangemessener Arbeitsverdichtung entgegen - Schafft Freiräume für stressfreies Nachdenken und selbstgewählte Interaktionen 	... Schaffen von Zeitpuffern bei der Festlegung von Vorgabezeiten
Sinnhaftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittelt das Gefühl, an der Erstellung gesellschaftlich nützlicher Produkte beteiligt zu sein - Gibt Sicherheit der Übereinstimmung individueller und gesellschaftlicher Interessen 	<p>... Produkte, deren gesellschaftlicher Nutzen nicht in Frage gestellt wird</p> <p>... Produkte und Produktionsprozesse, deren ökologische Unbedenklichkeit überprüft und sichergestellt werden kann</p>

Insgesamt wird aber für die Gestaltung von Arbeit festgehalten, „there ist no universal ‚one best way‘ to do anything“ (Christensen, 1976, zitiert nach Ulich, 1994, S. 226). Um die Vielfalt unterschiedlicher Menschen, ihre unterschiedlichen Stile und auch Kulturen zu berücksichtigen, muss es unterschiedliche und differenzierte Angebote geben (Ulich, 1978). Dabei gilt, wie schon Lipmann 1932 gefordert hat, „dass dem Arbeiter die Gestaltung seiner Arbeit, die Wahl der Arbeitsmittel und Arbeitsmethoden in möglichst hohem Grade überlassen bleiben soll“ (zitiert nach Ulich, 1994, S. 226).

Je komplexer Arbeitstätigkeiten werden und je mehr Regulationsanforderungen an den einzelnen Professionellen gestellt werden, um so größer wird auch die Bedeutung von Gruppenarbeit, da – so die Grundannahme – in der Zusammenarbeit mit anderen die zunehmend komplexeren Aufgaben besser gelöst werden können.

Mit der Schaffung von Gruppen ergeben sich neue Möglichkeiten für die Arbeitstätigkeit, aber auch neue Anforderungen, die vorrangig die Gruppenzusammensetzung betreffen. Hier werden soziale Kompetenzen der einzelnen Gruppenmitglieder notwendiger, aber auch neue Leitungsformen. Alioth und Ulich (1981) fassen zusammen:

Die kollektive Selbstregulation beruht auf der Voraussetzung, dass einer Arbeitsgruppe eine Aufgabe zur gemeinsamen Verantwortung übertragen wird. Die Aufgabe sollte deshalb für alle Gruppenmitglieder überschaubar sein, und die einzelnen Tätigkeiten bzw. Arbeitsplätze sollten einen inneren Zusammenhang aufweisen. Darüber hinaus sollte die Gruppe wo möglich festgelegte bzw. vereinbarte Output-Ziele haben und über die Zielerreichung laufend ein Feedback erhalten. Fehlt die gemeinsame Aufgabenorientierung der Gruppe, so besteht Gefahr, dass Individualstrategien entwickelt werden, die sich nicht mit der gemeinsamen Aufgabenerfüllung decken. Der Aufgabe entsprechend sollte auch das soziale System überschaubar sein. Das heißt, je nach Aufgabe wird es eine optimale Gruppengröße geben, deren Nichtbeachtung eine Desintegration der Gruppe zur Folge haben kann. Die Überschaubarkeit der Aufgabe wie auch die Überschaubarkeit der sozialen Systeme und die Gruppenkohäsion können durch entsprechende räumliche (territoriale) Gestaltung verstärkt bzw. vermindert werden (S. 882).

Das Ausmaß für die Selbständigkeit einer Gruppe in Bezug auf Entscheidungsmöglichkeiten, ihr Autonomiegrad, kann anhand verschiedener Kriterien bestimmt werden. Dabei spielen eine wichtige Rolle: die Möglichkeit des Einflusses auf die Zielvorstellungen in qualitativer wie quantitativer Hinsicht, die Einflussmöglichkeiten hinsichtlich der Arbeitsorte, -zeiten und Tätigkeitsschwerpunkte, hinsichtlich der Auswahl der verwendeten Methoden und der internen Verteilung der Aufgaben (ohne Beeinflussung von außen), die Entscheidung über die Mitgliedschaft in der Gruppe und schließlich über die Regelung von Führung innerhalb der Gruppe (Gulowsen, 1972).

Die Überlegungen a) zur Aufgabenerweiterung in Richtung vollständiger Tätigkeiten, b) zur Schaffung von Gruppen, die sich gemeinsam einer Aufgabe annehmen, und c) zu den Möglichkeiten der Gruppen zur Einflussnahme auf Entscheidungen hinsichtlich des Handlungs- und Gestaltungsspielraums, führte schließlich zur Implementierung von Teilautonomen Arbeitsgruppen (TAG), teilautonom, „da diese Autonomie im Regelfall begrenzt bleibt und die Mitwirkung an Entscheidungen z.B. über Investitionen, die Art der Produkte oder den Produktionsstandort ausschließt“ (Ulich, 1994, S. 176).

Teilautonome Arbeitsgruppen wurden in der Folge in verschiedenen Industriebereichen, aber auch im Dienstleistungsbereich eingeführt und sind dort, wenn auch nicht unumstritten, etabliert (vgl. zum Überblick Antoni, 2004). Die Einführung von teilautonomen Gruppen in der Stadtreinigung einer deutschen Großstadt beispielsweise erwies sich mittels Kundenbefragungen als deutlich positiv und anhaltend (Krause & Dunckel, 2003). In TAG ist besonders auf eine geeignete Auswahl der Gruppenmitglieder zu achten (Lantz, Friedrich & Brav, 2001). Möglichkeiten zum Lernen, zur Nutzung eigener Kompetenzen und zur Autonomie sind für die Zusammensetzung von Gruppen wichtiger als einfache Regeln zur Gruppengröße sowie Geschlechter- und Alterszusammensetzung. In eher heterogenen Gruppen besteht die Gefahr einer „informellen Rehierarchisierung“, die zwar eine schnellere Entscheidungsfindung in Konfliktsituationen ermöglicht, aber auch fachliche Diskussionen erschwert (Hoering, Kühl & Schulze-Fielitz, 2001). Homogene Gruppen erlauben hingegen den einzelnen Mitgliedern der Gruppe, sich stärker mit dem Ergebnis zu identifizieren (ebd.). Die Gruppenkompetenz und die Motivation der einzelnen Gruppenmitglieder kann durch Zielvereinbarung verstärkt werden (Racky, Erke & Jöns, 2001), auch wenn dabei von einem komplexen Wechselspiel auszugehen ist, das berücksichtigt werden muss, damit es zu Leistungssteigerungen kommt (Kohnke, 2002). Eine ältere Metaanalyse (Macy, Hurts, Izumi, Norton & Smith, 1986, zitiert nach Ulich, 1994) bestätigt die Produktivitätszuwächse von Gruppenarbeit, aber auch einen negativen Zusammenhang zur Arbeitszufriedenheit. Dieser Befund wird mit vereinfachten Vorstellungen von Arbeitszufriedenheit erklärt, da die höhere Partizipation und Mitgestaltung von Arbeitern auch deren Regulationsanforderungen und Erwartungen erhöht (ebd., S. 224).

Für die Wahl von geeigneten Gestaltungskonzepten bietet das Kontingenzmodell von Cummings und Blumberg (1987) die entsprechende Hilfe. Auf der Basis dieser Analyse von Tätigkeiten empfehlen sie unterschiedliche Arbeitsgestaltungsmaßnahmen, die folgende Tabelle darstellt:

Tabelle 2

Gestaltungskonzepte und ihre Kontingenzen (nach Cummings und Blumberg, 1987, aus: Ulich, 1994, S. 245)

Gestaltungs- konzepte	Technische Verkoppelung		Technische Ungewissheit		Umwelt- dynamik		Entfaltungs- bedürfnisse		Soziale Bedürfnisse	
	Niedrig	Hoch	Niedrig	Hoch	Niedrig	Hoch	Niedrig	Hoch	Niedrig	Hoch
Traditionelle Einzelarbeit	X		X		X		X		X	
Traditionelle Gruppenarbeit		X	X		X		X			X
Individuelle Aufgaben- erweiterung	X			X		X		X	X	
Selbst- regulierende Gruppe		X		X		X		X		X

Sie differenzieren Arbeitstätigkeiten hinsichtlich des Grades an technischer Verkoppelung (das Maß, mit dem die Technologie zur Erstellung des Produktes oder der Dienstleistung Kooperation zwischen den Beschäftigten erfordert), hinsichtlich technischer Ungewissheit (das Maß an Informationsverarbeitungs- und Entscheidungserfordernissen), hinsichtlich der Umweltdynamik (das Maß, inwieweit an der Produktion eine stabile oder labile Umwelt beteiligt ist) und hinsichtlich von Personmerkmalen wie der Entfaltungsbedürfnisse (als Maß, für die erwünschte Ganzheitlichkeit der Aufgabe) sowie schließlich der sozialen Bedürfnisse.

Insgesamt betrachtet gibt es zahlreiche Vorschläge, die Arbeit so zu gestalten, dass sie – nicht unbedingt zufriedener, dafür aber – mehr Möglichkeit von Persönlichkeitsentwicklung bietet. Sie soll darüber eine „humane Arbeit“ (Ulich, 1984) werden. Diese Veränderung der Arbeitswelt hat mittlerweile in weiten Teilen der Wirtschaft ihren Niederschlag gefunden. Technische Hilfsmittel, Ergonomie und Arbeitssicherheit haben in hohem Maße dazu beigetragen, dass die Arbeitsbedingungen heutzutage unter den Kriterien Ausführbarkeit und Schädigungsfreiheit als humaner anzusehen sind als früher. Dennoch bleiben bei der Einschätzung, ob die Arbeit tatsächlich persönlichkeitsförderlicher geworden ist, große Zweifel bestehen. Eher scheint es so zu sein, dass unter den gegenwärtigen ökonomischen Bedingungen mit den Möglichkeiten der Globalisierung, Produktion nicht an einen Standort zu binden, die Gestaltung der Arbeit sich vorrangig an kurzfristiger Gewinnmaximierung orientiert, bei der weniger Spielraum für Persönlichkeitsförderlichkeit bleibt. Diese wird dann zu einer individuellen Aufgabe und ihre Realisierung zunehmend dem privaten Bereich zugeschrieben.

Bereits Stinkes (2000) verweist darauf, dass mit dem neoliberalen Pflichtprogramm zwar Freiheiten und Chancen verbunden sind, diese aber in hohem Maße zu Lasten der Sicherheit gehen und erinnern an die Folgen für das Arbeitsleben: befristete Arbeitsverträge, Leiharbeit, Sozialpläne, Nachtarbeit, Überstunden, Flexibilität und Individualisierung (ebd., 182). So berichtet Panse (1995, zitiert nach Gross, 1996) aus der Befragung von 1200 Arbeitern unterschiedlicher Hierarchieebenen, dass 93 % Angst um ihren Arbeitsplatz hatten, 64 % sich überfordert fühlten, 84 % sich ihren Vorgesetzten hilfsbereiter, ehrlicher, offener wünschten, 46 % Schwierigkeiten am Arbeitsplatz durch eigene Gesundheitsprobleme befürchteten, 39 % Angst vor Problemen im Betrieb wegen ihres Alters hatten und schließlich 39 % befürchteten, dass ein Kollege ihren Arbeitsplatz bedroht.

So schätzt auch Gross (ebd.) die Veränderungen nicht nur positiv ein, wie er pointiert heraus stellt:

In diesen Zeiten des wirtschaftlichen Umbruchs werden immer wieder neue (meist englischsprachige) Symbolbegriffe durch die Managementetagen gejagt, die große Hoffnungen wecken und manche werden als ultimative Auswege aus der Krise angeboten und auch so rezipiert. „Lean management“, „Total quality management“ (TQM), „Outsourcing“, „Business re-engineering“, „Top-down-bottom-up“, „Time-compression-management“ oder „Job-surfing“ heißen die Begriffe, die vieles versprechen, aber das nicht immer halten (S. 289).

Er fasst zusammen: „Der Druck auf den einzelnen Mitarbeiter nimmt auf jeden Fall zu. (...) Diese Art der Arbeit verlangt einen einerseits hochflexiblen, andererseits stark belastbaren Menschen. Da viele das nicht sind, wird die Arbeit für sie zunehmend zu Stress“ (S. 290). So droht trotz Fortschritten bezüglich Ausführbarkeit und Schädigungsfreiheit eine erhöhte Beeinträchtigung durch Arbeit, die mit dem erhöhten Stressniveau verbunden ist.

Bezüglich der Auswirkungen von Betriebsmodernisierungen zeichnet das Zentrum für Sozialpolitik (zitiert nach Marstedt, 1994) ein differenziertes Bild. So gaben von mehr als 4000 befragten Erwerbstätigen als negative Folgen von Betriebsmodernisierungen an: Zunahme des Arbeitstempos (67 %), mehr Leistungsdruck (58 %), Belastungssteigerung durch EDV bzw. neue Techniken (56 %), höhere Weiterbildungsanforderungen (50 %) und erhöhte Arbeitsplatzrisiken (39 %). Als positive Folgen von Betriebsmodernisierungen wurden benannt: selbständigere und verantwortlichere Arbeit (33 %), geringere Gefahren beruflichen Abstiegs (22 %), häufigere Gruppen- und Teamarbeit (19 %) sowie ein höheres menschliches Interesse (14 %).

Die resultierenden Probleme werden mit Marstedt (ebd.) in drei Syndromen vorgestellt:

- a) Flexibilitäts-Syndrom: die erforderliche hohe Flexibilität führt zu inhaltlicher Überforderung und sozialer Isolation;
- b) Just-in-time-Syndrom: genaue Lieferzeiten erhöhen den individuellen Leistungsdruck und gegenseitige Kontrolle in Arbeitsgruppen;
- c) Qualitäts-Syndrom: die Mitarbeiter müssen die Verantwortung für die Qualität übernehmen, obwohl sie sich oftmals nicht ausreichend qualifiziert dafür sehen, zu wenig Zeit haben und ihre Einflussmöglichkeiten als gering einschätzen.

Zusammen gefasst ergibt sich damit das berufliche Dilemma der heutigen Zeit aus einem Mehr an Anforderungen, einem Mehr an Flexibilität, einem Mehr an Qualifizierungsdruck bei gleichzeitig einem Weniger an Zeit.

Arbeitsgestaltungsmaßnahmen müssen diese Ausgangssituation und die damit verbundenen Faktoren berücksichtigen, wenn sie zu gelingenden Veränderungsprozessen werden sollen. Sandau und Jöns (2001) untersuchten zwei Veränderungsprozesse in mittelständischen Betrieben. Dabei wurden als bedeutsame Indikatoren der Veränderungsbereitschaft des Managements eine Entschlossenheit, Offenheit, Lern- und Unterstützungsbereitschaft benannt. Aus Sicht der Mitarbeiter waren besonders die Aspekte Gewähr von Informationen, die Möglichkeit zur Partizipation, die als Zeichen der Lernbereitschaft des Unternehmens bzw. der Offenheit des Managements für Veränderungen interpretiert wurde, und die Unterstützung durch die Entscheidungsträger bedeutsam für ein positives Erleben des Veränderungsprozesses.

Aufgrund der ausführlichen Befragung von 500 Beschäftigten in fünf Veränderungsprojekten kam auch Spiess (2006) zu dem Ergebnis, dass das zumeist im Management favorisierte Top-Down-Vorgehen bei Veränderungsprojekten zumindest durch Bottom-Up-Ansätze zu ergänzen ist. Hierbei werden Mitarbeiterbefragungen als aktiver Einbezug der Sicht der Professionellen in die Organisations- und Personalentwicklung zu einem wichtigen Führungsinstrument (Liebig, 2006; Borg, 2000).

Reuter (2006) analysierte die Partizipation von Beschäftigten bei der Gestaltung und Einführung unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle. Insgesamt gaben diejenigen Beschäftigten, die stärker in die Entwicklung einbezogen wurden, eine höhere Zustimmung zu dem Veränderungsprojekt an, wobei sie besonders die Möglichkeit zur Entwicklung einer gemeinsamen Problemsicht, das Einbringen von Vorschlägen und den Einfluss auf Entscheidungen positiv bewerteten. Reuter (ebd.) sieht dies als ein gelungenes Beispiel für Empowerment von Beschäftigten. Die Erweiterung von Möglichkeiten zur Partizipation und damit für einen Empowerment-Prozess von Beschäftigten fordern auch

Henning und Sanders (2004) und stellen dies in das Spannungsfeld von Selbstverwirklichung und Selbstausbeutung in der Arbeit, das ein Ausbalancieren der Anforderungen im beruflichen und privaten Kontext verlangt. Dabei sind aber auch unterschiedliche Typen bzw. individuelle Partizipationsmuster zu berücksichtigen, wie Preußner (2004) anhand der unterschiedlichen Teilnahme an innerbetrieblichen Gesundheitszirkeln zeigen konnte.

In Veränderungsprozessen kommt es dabei immer wieder zu Widerstand durch Professionelle und die mittleren Leitungsebenen. Diesen Widerstand konzeptionalisieren Schirmer und Luzens (2003) weniger als eindimensionales Konstrukt (Ablehnung vs. Zustimmung zu dem Veränderungsprozess) als vielmehr als eine komplexe Ambivalenz der Betroffenen und betonen, dass die Unterscheidung zwischen kognitiver, affektiver und konativer Komponenten des Widerstandshandelns von großer Bedeutung ist. Sie fordern für entsprechende Analysen von Widerstandshandlungen eine ebensolche differenzierte Betrachtung. Lohmer (2006) spricht aus tiefenpsychologischer Sicht in diesem Zusammenhang von einer Spaltungsneigung als Abwehr gegenüber den Veränderungen, die – im Falle seines Beispiels einer psychosozialen Organisation – besonders zwischen Leitung und Mitarbeitern sowie zwischen Verwaltung und therapeutischem Bereich ausagiert wurde (vgl. hierzu auch Niedecken, 2001).

Für Veränderungsprozesse insgesamt wird betont, dass die Entwicklung von Leitbildern und klaren Zielvorgaben helfen können, da sie die Ausrichtung aller Mitglieder der Organisation und damit die Möglichkeiten zur Selbststeuerung der Mitarbeiter erleichtern (Heinrich & Spengler, 2007). Dabei wird betont, dass die Kommunikations- und Kooperationskultur entscheidend für den Erfolg eines Unternehmens ist (Frey, 2000): Führen bedeutet größtenteils kommunizieren. Dysfunktionale Kommunikation führt zu Verantwortungsdiffusion, Uniformitätsdruck und begünstigt Machtspiele über selektive Informationsvermittlung. Als weiteres Ziel wird benannt, eine Kooperationskultur in Organisationen zu etablieren, die das teambasierte Problemlösen erleichtert und eine offene, hierarchiefreie Kommunikation ermöglicht (ebd.).

Schließlich verweist Iwanowa (2006) mit ihrer Untersuchung darauf, dass Handlungsmöglichkeiten und nicht die Handlungsanforderungen positive Effekte für das Erleben und gesundheitliche Befinden der Professionellen hatten. Wichtig war dabei, dass die Freiwilligkeit der Nutzung der Ressourcen tatsächlich gegeben und erlebt wurde, während zur Pflicht gemachte Wahlmöglichkeiten (etwa die Pflicht, an Entscheidungen mitzuwirken) eher negative Folgen hatte.

Veränderungsprozesse erzeugen in vielfältiger Hinsicht Unsicherheit, wie bereits in der Einleitung dargestellt wurde. Neben gewünschten Veränderungsprozessen durch die Entwicklung in Richtung humaner Arbeit hat besonders gesamtgesellschaftlich der Druck in Richtung Wirtschaftlichkeit zugenommen. Individuell ist dies zumindest phasenweise verbunden mit dem Erleben von massivem Stress. Dabei scheint in Zeiten von Arbeitslosigkeit und Hartz-4-Gesetzen ein Gefühl handlungsbestimmend zu werden: die Angst. Welche Anteile dieser Angst real sind, nämlich durch einen Arbeitsplatzverlust tatsächlich in eine negative psycho-sozio-ökonomische Abwärtsspirale zu geraten, und welche Anteile dieser Angst aus einer Überschätzung der Gefahren resultieren, muss individuell entschieden werden. Was für beide Anteile gleichermaßen gilt, ist, dass Angst lähmt, dass sie dazu führt, sich klein zu machen, sich anzupassen und dass sie eher Sicherheitsaspekte fokussieren lässt, als die Möglichkeiten und Chancen der mit der Veränderung verbundenen Freiheit zu nutzen.

In der gegenwärtigen Diskussion wird dementsprechend besonders die objektive und subjektive Arbeitsplatzunsicherheit untersucht (vgl. zum Überblick Benz, 2002). Bereits 1985 stellte Büssing fest, dass Arbeiter an unsicheren Arbeitsplätzen unzufriedener sind. Die subjektiv erlebte Arbeitsplatzunsicherheit führt darüber hinaus indirekt zu einem geringeren Arbeitsengagement (Kroll, 2006) und ist auch in Unternehmen ohne objektive Arbeitsplatzunsicherheit zu beobachten. Hacker und Mitarbeiter (Hacker, Schroda, Riemer & Ishig, 2000) unterteilten unterschiedliche Arbeitsgruppen im Dienstleistungsbereich hinsichtlich ihrer Gesundheitsförderlichkeit. Insgesamt schätzten die Mitarbeiter in allen Gruppen subjektiv die Arbeit übereinstimmend als persönlichkeits- und gesundheitsförderlich ein. In den objektiv gesundheitsförderlicheren Gruppen gaben die Mitarbeiter jedoch an, dass die Arbeit körperlich abwechslungsreicher ist. Sie erlebten ein geringeres Maß an Stress, waren motivierter und zufriedener. Die Mitarbeiter in den weniger gesundheitsförderlichen Gruppen hatten mehr Fehlzeiten und äußerten häufiger den Wunsch nach einem Arbeitsplatzwechsel. Diejenigen Arbeitnehmer mit einem sicheren Arbeitsplatz waren deutlich höher motiviert und zufrieden, ermüdeten weniger, hatten weniger arbeitsbedingte Fehlzeiten und äußerten weniger den Wunsch nach Stellenwechsel als diejenigen mit unsicheren Arbeitsplätzen.

Die Variable „Arbeitsplatzunsicherheit als Führungsinstrument“ ist schließlich differenziert untersucht worden. Kiefer (2006) konnte in einer Simulation zeigen, dass fehlende Arbeitsplatzunsicherheit dazu führen kann, dass die Notwendigkeit einer gemeinsamen Zielerreichung nicht gesehen wird. Dabei ist aber die kooperative Grundhaltung des Managements entscheidend für das Gesamtergebnis: Während unkooperatives Verhalten der Führung bei bestehender Arbeitsplatzunsicherheit dazu führt, dass sich die Einzelnen nur noch an ihre Teilziele halten, ohne die Gesamtziele ausreichend zu berücksichtigen (mit der Folge von Leistungseinbußen), kann dem gegenüber kooperatives Führungsverhalten bei Arbeitsplatzunsicherheit das kooperative Verhalten und die Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter stärken (ebd.).

Kroll (2006) betont dabei als besondere Aufgaben von Führung die Förderung von Vertrauen, die Einhaltung von Gerechtigkeit sowie einen delegierenden und wenig direktiven Führungsstil.

Insgesamt kommt damit der Führung in Veränderungsprozessen eine bedeutsame Rolle zu. Sie erfordert Kommunikation, die Entwicklung und Vermittlung von Werten und diesbezügliche persönliche Ressourcen und Kompetenzen. Dabei bewegt sich Führung in einem eigenen Spannungsfeld von Produktivität und dem Umgang mit der Ressource Mensch, der Mitarbeiterinnenorientierung. Einen entsprechenden betriebswirtschaftlichen Führungsansatz stellt das „High Commitment, High Performance“ (HCHP-) Konzept dar (Beer, Eisenstat, Foote, Fredberg & Norrgren, 2008):

Um ihre zunehmend verschiedenartigen globalen Unternehmungen auf eine Linie zu bringen, unternehmen HCHP-Führungskräfte erhebliche Anstrengungen. Sie formulieren ein gemeinsames Ziel, das die Emotionen ihrer Mitarbeiter ansprechen soll. Lernstück dieses gemeinsamen Ziels bildet ein dreiteiliges Versprechen: 1. Das Unternehmen hilft den Mitarbeitern, die Lebensbedingungen anderer Menschen zu verbessern. 2. Es unterstützt sie dabei, Leistungen zu erbringen, auf die sie stolz sein können. 3. Es sorgt für eine Arbeitsumgebung, in der sie sich weiterentwickeln können (S. 29).

Die entsprechend vorgestellten Führungsstrategien sind a) Vertrauen gewinnen, b) Einsatz (Commitment) für die Mitarbeiter, c) zielorientiertes und konsequentes Handeln sowie d) Aufbau kollektiver Führungskompetenz (ebd.). Und bildhaft beschreibt Kaplan und Norton (2001) das Engagement der oberen Führung in Veränderungsprozessen: „Noch viel wichtiger als Fachwissen und

Autorität ist die emotionale Verpflichtung der obersten Unternehmensführung. Wir bezeichnen dies als die ‚Frühstück mit Ei und Schinken‘-Aufforderung. Das Huhn ist bei der Zubereitung des Frühstücks beteiligt, im Gegensatz dazu muss das Schwein eine wirkliche Verpflichtung eingehen. Auf unsere Metapher bezogen muss die oberste Unternehmensführung den ‚Schinken‘ für das Frühstück bereitstellen. Sie muss viele Stunden ihrer kostbaren Zeit einsetzen“ (S. 319).

3.5. Persönlichkeitsförderliche Arbeit in der Behindertenhilfe

Für die Arbeit für Menschen, die in Institutionen der Behindertenhilfe leben, gilt wahrscheinlich mehr als für die meisten anderen Tätigkeiten, dass – wie bereits dargestellt – hohe Chancen und gleichfalls hohe Risiken eng beieinander liegen.

Im Folgenden sollen beispielhaft Kriterien der Bewertung von Arbeitstätigkeiten und Möglichkeiten der Gestaltung persönlichkeitsförderlicher Arbeit auf die Arbeit in Institutionen übertragen werden.

Die Tätigkeit in einer Institution scheint unter bestimmten Gesichtspunkten schon an dem Kriterium der *Ausführbarkeit* zu scheitern. Professionelle in der Behindertenhilfe erhalten aus ihrem Umfeld häufig die Rückmeldung, „was du da tust, das könnte ich nie“. Nicht zuletzt bezeichnet Freud 1937 das Erziehen und die Analyse, das Therapieren, als „unmögliche Berufe“, da ihnen die Überforderung innewohnt. Somit muss schon – normativ betrachtet – die uneingeschränkte Ausführbarkeit angezweifelt werden. Die Risiken, die besonders die Ebene der Schädigungsfreiheit betreffen, wurden bereits im Exkurs 5 vorgestellt. Die hohe körperliche Belastung, besonders in der Pflege, und die psychische Belastung an der Grenze zu Traumatisierungen und zur „Deformation“ (Fengler, 2001), zum Beispiel im Umgang mit Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten (Glasenapp, 2006), erhöhen das Risiko von Schädigungen. Für die Ebene der *Beeinträchtigungsfreiheit* gilt, dass Schichtdienst, oftmals unklare Aufträge und Stress das Wohlbefinden der Professionellen deutlich strapazieren können und unter chronischen Bedingungen psychosomatische Folgen haben können.

Die besondere Chance der Tätigkeit für Menschen mit geistiger Behinderung liegt in ihrer *Sinnhaftigkeit und Persönlichkeitsförderlichkeit*, die besonders in der direkten Arbeit mit Menschen für Menschen realisierbar erscheint. Und die darüber hinaus ein wesentliches Merkmal von Arbeitszufriedenheit ist. Gleichzeitig besteht aber auch in dieser Arbeit mit und für Menschen die Gefahr der Überforderung. Dennoch bietet die Tätigkeit zahlreiche Möglichkeiten, sich als Mensch mit seiner Eigenart einzubringen, einen eigenen Stil zu gestalten, Kreativität und Spontaneität wirken zu lassen, eigene Kompetenzen und Potentiale zu entwickeln und auszubauen. Dies sind zusammengefasst die Chancen dieser Tätigkeit.

Die Tätigkeit für Menschen, die in Institutionen leben, erfüllt die Kriterien für *vollständige Tätigkeiten*. Sie erfordert geradezu die Kombination von vorbereitenden Funktionen durch Zielplanung, Auswahl von Vorgehensweisen, der Abstimmung und Organisation der Aufgaben und der Kontrolle, in erster Linie durch die Rückmeldung der Menschen, für die sie arbeiten. Die Tätigkeit ist primär als Gruppenaufgabe organisiert, so dass neue Regulationsanforderungen entstehen und soziale Kompetenzen erforderlich sind, aber sie bietet darüber auch die große Chance zur sozialen Unter-

stützung, höherer Flexibilität auf Ebene der Handlungsregulation und umfassendere Variabilität auf der Gestaltungsebene. Unter der Berücksichtigung von Kontingenzmodellen zur Arbeitsgestaltung (vgl. Cummings & Blumberg, 1987), mit den hohen Anforderungen zur Kooperation in der Behindertenhilfe, dem hohen Maß an Informationsverarbeitung- und Entscheidungserfordernissen, der hohen Umweltdynamik, scheint es zur Gestaltung der Tätigkeit für Menschen, die in einer Institution leben, in einer sich selbst regulierenden, teilautonomen Arbeitsgruppe keine Alternative zu geben.

Zusammenfassend fordert Martens (1993) für Arbeitsaufgaben in der Behindertenhilfe, die dem Anspruch der Entwicklungsförderung entsprechen, dass sie „einen großen Handlungsspielraum haben, indem sie eine Vielfalt weitgehend eigenständiger ‚Entscheidungen über Ziele und Mittel‘ ermöglichen, über zeitlichen Spielraum verfügen, Möglichkeiten der Ablauf- und Gestaltungsstrukturierung haben, eigene Entwicklungswege eröffnen, vielfältige körperliche Aktivitäten erlauben und eine differenzierte Beanspruchung von Sinnesqualitäten sowie den ‚Bezug zu sozialen Bedingungen‘ ermöglichen“ (S. 188).

Die Tätigkeit für Menschen mit geistiger Behinderung ist somit von einem idealisierten Standpunkt aus betrachtet eine hochgradig ganzheitliche Tätigkeit, die eine hohe Anforderungsvielfalt bietet, die primär gekennzeichnet ist durch die Möglichkeit zur sozialen Interaktion, die auf unterschiedlichen Ebenen Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten bietet und schließlich in besonderem Maße sinnhaft ist.

Das *Motivationspotential* der Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung könnte also zunächst hoch sein. Schwierigkeiten ergeben sich grundsätzlich aus den Möglichkeiten zur Autonomie, deren Einschränkungen sowohl auf institutionelle Rahmenbedingungen zurückzuführen sind, als auch im Dilemma liegen, das sich aus der im vorherigen Kapitel beschriebenen Stärkung der Selbständigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Autonomie ergibt. Dies führt dazu, dass die Autonomie der sie begleitenden Professionellen neu definiert werden muss, wie Wacker (2008) beschreibt: „Eine Balance zwischen ängstigender Orientierungslosigkeit und lähmender Fremdbestimmung zu finden, ist also die schwierige Aufgabe, die gemeinsam mit den Klienten zu lösen ist“ (S. 14). Ebenfalls als der Arbeit mit Menschen aufgabenimmanent anzusehen ist die geringe Ausprägung des Kriteriums Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit. Hier ergeben sich zwar auch strukturelle Hürden, aber die Arbeit mit Menschen lässt sich nicht völlig losgelöst von unvorhersehbaren Ereignissen und einer notwendigen zeitlichen Flexibilität gestalten. So dass davon ausgegangen werden kann, dass hierin die Haupthindernisse bei einem grundsätzlich hohen Motivationspotential liegen.

Dennoch zerbricht dieser Blick aus einem wohlgermerkt idealisierten Zustand heraus immer mehr an Erlebnissen und Berichten in der Realität. Und dieses Scheitern in der Umsetzung der Tätigkeit für Menschen mit geistiger Behinderung in einer persönlichkeitsförderlichen Art und Weise hat direkte Auswirkungen zurück auf die Menschen, um die es geht, wie Stark (1996) unterstreicht:

Die Frage nach den Möglichkeiten, Empowerment-Prozesse im beruflichen Alltag psychosozialer Arbeit anzustoßen, ist daher nicht zuletzt eine Frage der Entwicklung von Empowerment-Prozessen bei den beruflichen HelferInnen selbst. Wenn SozialpädagogInnen, PsychologInnen und andere Professionelle im psychosozialen Bereich nur wenig Vertrauen in die Gestaltungsmöglichkeiten und innovati-

ven Potentiale der eigenen Arbeit haben, wird es sehr schwer sein, dieses Vertrauen in die Fähigkeiten und Innovationspotentiale von Rat- und Hilfesuchenden zu setzen (S. 181 f.).

Herriger (1997) beschreibt diesbezüglich drei Ebenen von Widerständen gegen Empowerment-Prozesse:

- a) Intrapersonale Widerstände: Diese beziehen sich vorrangig auf den immer wiederkehrenden Versuch, auf methodische und inhaltliche „Fertigprodukte“ (S. 195) zurückgreifen zu wollen, teilweise auch zu müssen. Klauß (1999) warnt vergleichbar vor der Anwendung von „Erfolgsrezeptdenken“ (S. 97 f.). Daneben setzt das Empowerment-Konzept eine veränderte Sichtweise von Erfolg voraus, da dieser oftmals nicht gradlinig verläuft und damit für die Professionellen auch nur bedingt in direkten Zusammenhang mit ihrem Handeln gebracht werden kann. Sie müssen in diesem Konzept den Erfolg als den Erfolg des Gegenübers bewerten und externalisieren ihn damit, was nicht unbedingt selbstwertförderlich ist.
- b) Beziehungswiderstände: Dabei verweist Herriger darauf, dass oft zu Beginn der Arbeit nach dem Empowerment-Konzept die Adressaten nicht positiv reagieren, sondern das Leitmotiv der Empowerment-Praxis – die Ermutigung zu Selbstbestimmung und Autonomie – als Belastung, Bedrohung und Zumutung abwehren (S. 200). Dies kann dazu führen, dass die Professionellen erneut eine traditionelle Rolle einnehmen. Auf der anderen Seite kann auch der Eigen-Sinn der Adressaten zu einer Grenzüberschreitung gegenüber den Professionellen führen, wobei der Umgang damit als Herausforderung verstanden wird, der ständige Reflexion erfordert. Schließlich wird auf der Basis der normativen Setzung die Selbstbestimmung da begrenzt, wo sie zur Verletzung der physischen, psychischen und sozialen Integrität anderer Personen führt, allzu oft ein „Drahtseilakt“ (S. 203, vgl. hierzu auch die Diskussion zur Selbstbestimmung und ihre soziale Einbettung in Kapitel 2).
- c) Institutionelle Widerstände: Neben dem immer wieder genannten institutionellen Zwang zur Sparsamkeit, der als primäre Anforderung dem Empowerment-Gedanken und seiner inhärenten Logik eigener Geschwindigkeiten entgegen steht, nennt Herriger hier besonders „die Schwerkraft der Routine“. Damit meint er (ebd.):

Wie in jeder Organisation, so verfestigt und verstetigt sich auch in sozialen Diensten mit der Zeit eine administrative Routine, die den einzelnen Mitarbeiter auf ein standardisiertes Repertoire von Methoden, Interventionsformen und Verwaltungsverfahren festlegt („das, was man ‚schon immer‘ so gemacht hat“). Diese Institutionsroutine hat zum einen eine entlastende Funktion: Sie reduziert die Komplexität des vielgestaltigen Berufsalltags, sie rationalisiert die Arbeitsvollzüge und schafft für den einzelnen Mitarbeiter ein „sicheres Terrain“, auf das er sich in Situationen der Überforderung und der Handlungsunsicherheit zurückziehen kann. Die Amtsroutine ist zum anderen aber Gift für Prozesse des Empowerment. Wir haben es schon erwähnt: Die Entdeckung von Stärken und das Anstoßen von Lebensveränderungen erfordert den mutigen Schritt aus ausgetretenen Routinewegen heraus, erfordert die Bereitschaft zu einem „Anders-Machen“ und zur Erprobung von innovativem Denken und Handeln (S. 206).

Dabei rät Herriger auch, von beruflichen Alleingängen abzusehen (ebd.):

Die Rolle des Einzelkämpfers, der sich „in heroischem Kampf“ gegen das Gewicht der Routine stemmt, überfordert wohl auf Dauer die Kräfte des einzelnen. Was notwendig ist, das ist die Absicherung des einzelnen Mitarbeiters in einer kollektiv geteilten und immer wieder neu auszuhandelnden Teamkultur. Kollegiale Supervision und Fallbesprechungen, die Ermutigung zu Weiterbildung und In-Service-

Training, (...) das für Ideen, Anregungen und Kritiken der Mitarbeiter aller Organisationsebenen offen ist – dies alles sind Gegenrezepte gegen die Beharrungsmacht althergebrachter Berufsroutinen und zugleich Gegengifte gegen den Verlust von Ego-Involvement und Veränderungsmotivation (S. 207 f.).

Woran liegt es nun, dass Professionelle in der Behindertenhilfe das Potential, das mit ihrer Tätigkeit verbunden ist, nicht oder nur teilweise nutzen (wollen bzw. können bzw. dürfen, vgl. die entsprechende Dreiteilung in Bezug auf die Selbstbestimmung bei Frühauf, 1997)?

Hierzu ist es wichtig, wie schon bei den Menschen mit geistiger Behinderung beschrieben, ihre Sichtweise zu fokussieren und ihre Bedürfnisse besser verstehen zu lernen.

Stinkes (2000, S. 182) verweist zurecht darauf, dass die „nachholende Befreiung“, die mit der Selbstbestimmungsdebatte von Menschen mit geistiger Behinderung verbunden ist, sicherlich von allen Seiten begrüßt wird, aber in Zeiten von neoliberaler Flexibilisierung dann an ihre Grenzen stößt, wenn die Professionellen sich zunehmend durch die gesellschaftspolitischen und institutionellen Rahmenbedingungen unfreier erleben¹⁵. Wie bereits oben dargestellt, greift auch bei den Professionellen der Behindertenhilfe *Angst* um sich. Diese wird zu einer Betonung von Sicherheitsaspekten in der Arbeit führen, Fehler werden eher vorsichtig vermieden anstatt zu einer kreativen Fehlerfreundlichkeit zu gelangen, die Lernen erst ermöglicht.

Lindmeier und Lindmeier (2003) verweisen in diesem Zusammenhang auf einen „verborgenen Lehrplan“ in Institutionen, den sie immer wieder antreffen: „Was ich an Unerwünschtem nicht verhindert habe, dafür bin ich verantwortlich. Was ich an Wünschenswertem nicht ermöglicht oder verhindert habe, kann mir niemand vorwerfen“ (S. 131). Diese defensive Ausgestaltung der Arbeit verhindert die Nutzung von innovativen Potentialen und fördert ein Rückzugsverhalten, was insbesondere in Phasen von Veränderung noch verstärkt wird.

Als weiterer Grund für die Schwierigkeiten Professioneller in der Nutzung eigener Potentiale ist eine *unklare Ziel- und Aufgabendefinition* anzusehen. „Die Kaffeepausen und das Zigarettenrauchen dazwischen sind immer Indikatoren dafür, dass bezüglich der Identifizierung mit den Arbeitszielen etwas nicht stimmt, dass die Motivation gebrochen ist (oder dass Leute das einfach nicht sehen) oder dass Mitarbeiter/innen unter den Bedingungen leiden, unter Druck stehen, entfremdet sind – wie immer wir das nennen wollen. Zumindest ist sicher, dass dann Mitarbeiter/innen nicht voll orientiert in der Situation arbeiten“ (Jantzen, 2003, S. 107). Das Ziel der Arbeit der Professionellen ist durch die gesetzlichen sowie die träger- und einrichtungsspezifischen Vorgaben definiert. Trotz dieser Vorgaben besteht oft große Unklarheit bezüglich deren Umsetzung. Professionelle der Behindertenhilfe erleben dabei mitunter eine Art *Rollenkonfusion*, da unterschiedliche und teilwei-

¹⁵ Die nicht empirisch überprüften Erfahrungen aus der Praxis für Psychotherapie des Autors zeigen, dass drei, in etwa gleich große Gruppen an Professionellen der Behindertenhilfe eine Psychotherapie durchführen: a) die Traumatisierten, vorrangig Frauen, die durch Gewalterfahrungen in der Arbeit – sei es durch Menschen mit geistiger Behinderung, sei es durch Kollegen oder Vorgesetzte – in einen Zustand posttraumatischer Belastung geraten; b) die älteren Professionellen, die die positive Entwicklung der Behindertenhilfe der 1980er Jahre miterlebt und mitgestaltet haben und die angesichts der aktuellen Veränderungen das Gefühl von Rückschritten, Hilflosigkeit, Konkurrenz durch jüngere Professionelle und damit insgesamt berufliche Resignation erleben; und schließlich c) junge Professionelle, die ihre Ausbildung vielleicht erst wenige Jahre hinter sich haben, die in diesen Jahren aber schon mehrere Stellenwechsel vollziehen mussten, nicht aus fachlichen Gründen, sondern immer aufgrund von Befristungen; gleichzeitig wurde ihnen immer wieder abverlangt, dass sie sich auf die ihnen anvertrauten Menschen einstellen und Beziehungsarbeit leisten – ihnen fehlt ein sicherer Ort, um zur Ruhe zu kommen, eine private Zukunft aufzubauen.

se entgegen gesetzte Interessen auf sie einwirken und vermittelt werden müssen: die Interessen der behinderten Menschen können gänzlich abweichen von denen der gesetzlichen Betreuer, die wiederum andere sein können als die der Institution und schließlich kann die Professionelle selber eigene Interessen haben, die sie für bedeutsam hält (vgl. Klauß, 2006). Dies stellt in hohem Masse Anforderungen an die Regulationsfähigkeiten und kann zu einer Überforderungen führen, die wiederum die beschriebenen defensiven Verhaltensweisen begünstigt. Dabei wird möglicherweise den Interessen gefolgt, mit denen bei einer möglichen Nicht-Befolgung die größten negativen Konsequenzen assoziiert sind. Dies sind – leider – allzu oft nicht die Interessen der behinderten Menschen.

Dass viele Mühen in die Entwicklung von Leitbildern und Visionen der Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung investiert wurden, führt oftmals – auch wenn die Professionellen der Basis einbezogen wurden – zu einer erlebten *Diskrepanz zwischen der Außendarstellung und dem Gelebten vor Ort*. Diese Diskrepanz reduziert die Glaubwürdigkeit und verringert die Bedeutsamkeit der Aufgabe. Sie fördert emotionale Dissonanz und damit Burnout. Sie führt zudem zu einer Verlagerung der *Verantwortung*: In dem Masse, wie die Verantwortung für die Erfüllung der (möglicherweise idealisierten) Aufgabenbeschreibung auf die unteren Hierarchieebenen delegiert wird, liegt auch dort die Verantwortung für das Scheitern, oder wie Stinkes (2000) es verallgemeinernd ausdrückt: „Es ist eine Wiederkehr des Individualismus, der es ermöglicht, den Einzelnen für sein Unglück alleine verantwortlich zu machen, nachdem man ihn in den Stand der Selbstverantwortung versetzt hat“ (S. 178). Das berichtete Vorgehen erinnert dabei gelegentlich an das Kartenspiel, bei dem die Verantwortung solange rumgereicht wird, bis sie wie der schwarze Peter übrig bleibt, oftmals bei den Ebenen, die sich am wenigsten wehren können. Jantzen (2003) fordert in diesem Zusammenhang, von einer technisch-formalen Verantwortung, die sich auf die Erfüllung bürokratischer Abläufe beschränkt, dauerhaft zu einer moralischen Verantwortung zu gelangen, die alle Ebenen gleichermaßen betrifft.

Das Thema Verantwortung verdeutlicht auch das Problem der fortbestehenden *autoritären und hierarchischen Strukturen* in vielen Bereichen der Behindertenhilfe. Diese werden aus Sicht von Jantzen (1997; aber auch Klauß, 2000a) als die entscheidende Hürde auf dem Weg zu einer humanen Behindertenhilfe gesehen, da sie demotivierend, dequalifizierend und gewaltförderlich sind (vgl. zu Aspekten gewaltförderlicher Bedingungen auch Glasenapp & Kristen, 2002). Sie erweisen sich dann als größte Hürde für die Entwicklung eigener Empowerment-Prozesse bei den Menschen, die in Institutionen arbeiten, da diese Hierarchien, weniger als dass sie Sicherheit geben, die Möglichkeiten zur Nutzung eigener Freiheiten beschränken.

Eine weitere Schwierigkeit für die Nutzung eigener Potentiale wird in der *Unklarheit über Rückmeldeprozesse* gesehen. Dies liegt auch daran, dass es schwierig ist, gute pädagogisch-therapeutische Arbeit zu definieren. Da das Ziel der pädagogisch-therapeutischen Arbeit in der Autonomie des anderen liegt, kann – aus einer vereinfachten Sicht heraus – der Erfolg der Arbeit logischerweise nur der Person zugeschrieben werden, die die Autonomie erreicht hat (jede andere Erklärung würde erneut in eine Paradoxie führen). Somit wird der Erfolg einer externalen Ursache zugeschrieben. Andererseits erleben sich Professionelle häufig dann bezüglich der Ergebnisse verantwortlich, wenn sie nicht erreicht wurden (bzw. ihnen wird von anderer Seite unterstellt, für die Nicht-Erreichung verantwortlich zu sein). Diese Ursachenzuschreibung dann auf mangelnde Fähigkeit oder mangelnde

de Anstrengung, also internal, ist wenig selbstwertförderlich. Professionelle beschreiben die Rückmeldung, die sie von Menschen mit geistiger Behinderung erfahren, z.B. über ein Lachen, als bedeutsam und gelegentlich entscheidend (vgl. Seifert, 1997b). Dennoch ist das Verstärkungspotential aus der Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung heraus oftmals schwer einzuschätzen, z.B. wenn es mit zunehmenden Alter um den Erhalt von Fähigkeiten geht, weniger um die Erweiterung wie in jüngeren Jahren. Es resultiert ein möglicherweise besonderes Bedürfnis nach Rückmeldung, das auf der Ebene der Kollegen und der Ebene der Vorgesetzten verortet wird. Rückmeldung auf kollegialer Ebene scheint dabei sehr abhängig von Kulturen zu sein, z.B. entsprechend dem Motto, sich mit Lob zurück zu halten, wenn selber schon lange keine positive Rückmeldung erfahren wurde. Gegenüber Leitung scheint es demgegenüber eine hohe Erwartungshaltung bezüglich Rückmeldung zu geben, die leider oftmals nicht ausreichend erfüllt oder undifferenziert erfolgt, was Konflikte eher noch verstärken kann. *Konflikte im Team* erweisen sich ebenfalls als destruktiv in Bezug auf die Nutzung eigener Potentiale. Der Mangel an positiver Verstärkung, Rückzugsverhalten, Ängste um den Arbeitsplatz entsolidarisieren und fördern Misstrauen. Dieses richtet sich primär gegen die Kollegen, die auf gleicher Ebene angesehen werden. Auf der anderen Seite können Konkurrenz und Neid auch als Folgen mangelnder Anerkennung verstanden werden, womit sich ein negativ verstärkender Kreislauf schließt¹⁶.

Von zahlreichen Maßnahmen, die die beschriebenen Risiken einzudämmen versuchen, scheinen zwei wesentlich zu sein: a) für die Organisationsentwicklung die Partizipation der Betroffenen, b) für die Personalentwicklung die Entwicklung notwendiger Kompetenzen.

Die *Partizipation* – wohlgemerkt nicht die erzwungene – ist eine notwendige Voraussetzung für das Gelingen von Veränderungsprozessen, wie Obermair und Neubarth (1997) beschreiben:

Die Vorteile der Betroffenen-Partizipation liegen auf der Hand. Kräfte und Energien fließen statt in (oft wundersam kreative) Unterlaufungsstrategien in konstruktive Mitgestaltung. Konfliktpotentiale aufgrund divergierender Interessen und Perspektiven werden nicht sträflich übersehen, auch nicht künstlich harmonisiert, sondern in systematischer und streitlustiger Konsenssuche fruchtbar gemacht (was leider nicht bedeutet, dass Enttäuschungen und Verletzungen vollständig vermieden werden). Der Reichtum eines Konzepts an Alternativen und wertvollen Konkretisierungen erhöht sich durch den Einbezug verschiedener Perspektiven. Die einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erleichtern als glaubwürdige Multiplikatoren die Akzeptanz des Veränderungsprozesses in ihrem jeweiligen Umfeld. Kurz gesagt: Die Umsetzungschancen eines Konzepts werden steigen, wenn bereits in der Lösungssuche die Konzeptbetroffenen zu Konzeptmitgestaltern werden (S. 177).

Veränderungsprozesse verlangen damit die Einbindung der unterschiedlichen Ebenen, um nicht die Prozessorientierung zu stören und eine weitere Kooperation zu verunmöglichen. Jantzen (2003) schließt daraus: „Interdisziplinarität muss mit grundlegenden Prozessen von Demokratisierung verbunden sein“ (S. 109).

¹⁶ Erneut zeigen nicht empirisch belegte Erfahrungen des Autors aus seiner Tätigkeit als Supervisor, dass bei Schwierigkeiten mit einzelnen behinderten Menschen, z.B. bei schwerwiegend herausforderndem Verhalten, eine Verlagerung des Fokus hin zur Supervision der Professionellen mit dem Schwerpunkt Zusammenarbeit im Team und gegenseitige Unterstützung effektiver sein kann, als eine symptomorientierte Beratung der Schwierigkeiten im Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen.

Die dem Veränderungsprozess immanente Unsicherheit gleitet sonst in Angst ab. Diese muss berücksichtigt und ernst genommen werden: „Hilfreich zur Steuerung des Angstpegels sind vor allem frühzeitige und ehrliche Informationen (statt Geheimdiplomatie) sowie echte Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schon in der Diagnosephase [der Abklärung aller Problembereiche in Veränderungsprozessen, J.G.] (statt sie über den Tisch zu ziehen). Nur so wird aus Angst keine Panik, wird aus bangem Abwarten oder auch hilflosem ‚Motzen‘ konstruktiv-kritische Mitgestaltung“ (Obermair & Neubarth, 1997, S. 174 f.). Hierbei ist jedoch zu keiner „falschen Behutsamkeit“ (Hahne, 2006) zu raten, da sich konstruktive Konflikte geradezu als „Motor des Wandels“ (ebd.) in Veränderungsprozessen erweisen können – wenn die beschriebenen Rahmenbedingungen erfüllt sind.

Gaedt (2007) beschreibt – noch mit Blick auf eine GroBeinrichtung der Behindertenhilfe – die Bedingungen und Fragen entsprechender Veränderungsprozesse:

Zur Vision einer GroBeinrichtung als 'Ort-zum-Leben' gehört die Vision eines selbständig denkenden und arbeitenden Mitarbeiters, der die Leitbilder der Einrichtung zur Grundlage seiner individuellen Visionen, also zur Grundlage seines Handelns macht. Wie kann die Leitung dieses Ziel erreichen? (...) Hierarchie ist hinderlich, ist aber ohne Zweifel in einer Einrichtung mit 1000 Mitarbeitern unverzichtbar. Wie kann man ihre negativen Auswirkungen minimieren? Partizipation und Transparenz sind wirksame Mittel gegen Entfremdungsprozesse. Welche Strukturen sind hierzu nützlich? Eine Verschriftlichung der Kommunikation schafft Distanz. Eine demokratische Gesprächskultur – auch in bezug auf Leitbilder – begünstigt dagegen Identifikations- und Lernprozesse. Wie weit kann man hiermit in einer GroBeinrichtung gehen? Und: Gibt es etwas Wirksames als ein erlebbares Vorbild, wenn es um die Weitergabe von Leitideen geht (S. 22)?

Auf der Ebene der Personalentwicklung müssen entsprechende Kompetenzen oft erst erworben werden. Dies beginnt idealerweise bereits in der Ausbildung, um durch entsprechende personale Kompetenzen zu einer zu Empowerment fähigen „Helferpersönlichkeit“ (Röh, 2005) zu werden. So wird aus dem, was Weiß (2001) für die Frühförderung formuliert, „Eltern stark machen“, das Ziel, Professionelle zu stärken (vgl. hierzu auch Glasenapp, 2003). Beispielsweise konnten Richter und Needham (2007) zeigen, dass die Durchführung von Mitarbeiter-Trainings zum Aggressionsmanagement in der Psychiatrie zwar nicht die Häufigkeit an aggressiven Vorfällen minderten, jedoch positive Effekte auf das Kompetenzerleben und die Zuversicht der Teilnehmerinnen hatten, schwierige Situationen zu meistern. Jantzen (2003) verweist unter Bezug auf eine Untersuchung von Busch und Mannhaupt (1994) auf die Folgen mangelnder Kompetenzentwicklung. Diese unterschieden Teams hinsichtlich ihres Reflexionsniveaus. Ein hohes Reflexionsniveau des Teams hinsichtlich Entwicklungsorientierung und Perspektivbildung für die behinderten Menschen ging dabei mit einem hohen Maß an Strukturiertheit der Teambesprechungen einher, die sich bei gleicher Bearbeitungszeit organisatorischer Themen in einer höheren Bearbeitungszeit für personbezogene Themen äußerte. Jantzen (ebd.) schlussfolgert daraus: „Strukturiertheit und Entwicklungsbezug fördern sich folglich gegenseitig und die besseren Erfolge in der pädagogischen Arbeit erhöhen die Motivation der Mitarbeiter“ (S. 107).

Insbesondere in Veränderungsprozessen bedarf es daher geeigneten Formen der Personalbegleitung und -entwicklung (Reichart, 1997). Diese personalen Kompetenzen lassen sich zusammenfassend mit erneutem Bezug auf die GOLD-Studie (vgl. Exkurs 3) in einer Erweiterung des professionellen Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten beschreiben:

- durch Wirksamkeitserfahrungen und internale Kontrollüberzeugungen,
- durch adäquate Bewältigungsstrategien für kritische Situationen und schließlich
- durch realistische Ziele und einen adaptiven Umgang mit diesen.

Exkurs 6. Assistenz im Heim – Ein neues Selbstverständnis von Menschen, die in Institutionen arbeiten?

Weit weniger als Veränderungen in der Arbeitsgestaltung werden in den vergangenen Jahren Anpassungsleistungen und Veränderungen im Selbstverständnis der Professionellen diskutiert und gefordert. Ob diese jedoch alleine, d.h. ohne entsprechende Umsetzung von Maßnahmen der Arbeitsgestaltung die erwünschten Effekte zeigen werden, bleibt vorerst abzuwarten.

In den Diskursen über ein professionelles Selbstverständnis für Menschen, die in Institutionen arbeiten, wird dem Konzept der Assistenz als handlungsleitendes pädagogisches Prinzip eine große Bedeutung zugeschrieben (vgl. zum Überblick der mittlerweile umfassenden Literatur beispielsweise Wüllenweber, 2008b; Windisch, 2004; Weber, 2003; Karschuk & Stauber, 2002; Osbahr, 2000).

Historisch betrachtet kommt das Konzept Assistenz mit 10 Jahren Verspätung aus der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in die Diskussion um professionelles Handeln für Menschen mit zum Teil schwerer geistiger Behinderung (Niehoff, Liersch & Schäffner, 2001). „Der Begriff *Assistenz* gleicht heute, nachdem er als Form des Protests und Widerstands gegen ein institutionsdominiertes und die betroffenen Personen als Objekt degradierendes Betreuungsrecht durch die Behinderten- und Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in den gesellschaftspolitischen Diskurs gebracht worden war, einer Art generalisierter Zauberformel“ (Feuser, 2006, Hervorhebung im Original). Dabei bleibt unklar, inwieweit sich Assistenz überhaupt in der praktischen Tätigkeit realisieren lässt. Gröschke (2004) merkt hierzu an: „Betreuungs- und auch Assistenzbeziehungen in der Behindertenhilfe und in der Psychiatrie – ob unter stationären oder ambulanten Bedingungen – bleiben – bei aller Egalitarismusrhetorik – notwendig(-erweise) eher kurativ-asymmetrisch statt dialogisch-symmetrisch. Ihr Grundmotiv ist ‚care‘ (Sorge) nicht ‚friendship‘“ (S. 10).

Assistenz ist für die Professionellen das Spiegelbild zur Forderung nach Selbstbestimmung und Empowerment der behinderten Menschen. Es besteht dabei jedoch die große Gefahr, dass Assistenz als Bezeichnung für professionelles Handeln nur zu einem neuen Wortmantel bisheriger Konzepte wird, wenn die geforderten Inhalte, die die Assistenz erst ausmachen, nicht berücksichtigt werden. Das Konzept der Assistenz grenzt sich dabei inhaltlich deutlich von bisherigen professionellen Betreuungsverhältnissen ab. Dabei gilt, dass Professionelle der Behindertenhilfe zunächst entsprechend ihres Arbeitsvertrages keine Assistenten sind. Ihre Aufgabenbereiche und ihre Einbindung in die organisationalen Arbeitsabläufe erschweren oftmals und verhindern manchmal sogar die Umsetzung von Assistenz. Urban (1995) beschreibt dies folgendermaßen: „Den ganzen Prozess der Hilfe bezeichnen wir als *Hilfe zum selbständigen Leben* und kürzen dies oft mit *Betreuung* ab, wohl wissend, dass dies genauso wenig stimmt wie die Umbenennung zur Assistenz“ (S. 68 f., zitiert nach Windisch, 2004, S. 66, Hervorhebung im Original).

Programmatisch lassen sich Assistenzdienste in Abgrenzung zur Betreuung entsprechend der Forderung der People-First-Gruppen definieren: „Keine Fremdbestimmung und Bevormundung; Hilfe geben auf Wunsch (Assistenz), zurückhaltende Begleitung; Information, Bescheid wissen; und Problemlösungen im Rahmen der Gruppenarbeit; Schreibarbeiten übernehmen, Ordnung herstellen und fördern usw. (Organisation); Offenheit, Vertrauen, Respekt; Humor; Vertretung in der Öffentlichkeit, Aufklärung über Selbstvertretung“ (zitiert nach Weber, 2003, S. 20; vgl. Engelmeyer, 2005).

Am Beispiel der Assistenz bei Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz differenziert Theunissen (2007b) Formen der Assistenz, die jeweils unterschiedliche Aspekte betonen:

- Dialogische Assistenz, bei der die Beziehungsgestaltung im Vordergrund steht;
- lebenspraktische Assistenz, bei der Hilfen und Handreichungen in der Bewältigung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens im Vordergrund stehen;
- advokatorische Assistenz, bei der es darum geht, im Interesse der Betroffenen Entscheidungen zu treffen und ihre Lebenszukunft zu planen;
- sozialintegrierende Assistenz, die der Unterstützung von Möglichkeiten, sich als Teil einer Gruppe zu erleben, dient;
- facilitatorische Assistenz, die eine Hilfe darstellt zur Realisierung von Aktivitäten, Handlungen und Tätigkeiten;
- intervenierende Assistenz, „eine vermittelnde Hilfe, die über ein bloßes Eingreifen oder Dazwischentreten hinausgeht, insofern sie die Würde des anderen nicht verletzt und auf jegliches Interesse, einen geistig behinderten, dementen Menschen zu verändern, ausdrücklich verzichtet“ (S. 144);
- validierende Assistenz, die an die in der Altenhilfe entwickelte Validation anknüpft (Feil, 1992) und deren Erkenntnisse für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung nutzbar macht.

Diese Formen der Assistenz erfordern vom Professionellen die bewusste Entscheidung, sich aus der traditionellen Rolle des Betreuers zu lösen. Dabei scheint es wichtig, die Assistenz an eine grundlegende Haltung zu koppeln, nämlich nicht nur jemanden zur Hand zu gehen, sondern als zentralen Aspekt dies nach dessen Anweisungen, aus seiner Sicht heraus zu tun (Weber, 2003). Dies ist dann mehr als nur ein Teilaspekt professionellen Handelns in Institutionen, es ist die notwendige Voraussetzung für die Ermöglichung von Selbstbestimmung und Empowerment. „Assistenz ist von *Selbstbestimmung* nicht zu entbinden, ohne den Assistenzbegriff reduktionistisch zu verengen und mit ihm eine seiner Bedeutung entgegengesetzte Praxis sowohl zu verschleiern wie diese in der Außenwahrnehmung ungerechtfertigter Weise aufzuwerten“ (Feuser, 2006, Hervorhebung im Original).

Dabei bleibt als besondere Herausforderung, dieses Prinzip auch auf Menschen zu übertragen, bei denen die Äußerungen nach Selbstbestimmung nicht sofort ersichtlich sind, Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, wie die Gesellschaft für Erwachsenenbildung und Behinderung beschreibt (GEB, 2003):

Assistenz ist für Menschen, die auf ein hohes Maß an persönlichen Hilfeleistungen angewiesen sind, ein zentraler Schlüssel zur Realisierung von mehr Selbstbestimmung. Assistenz unterscheidet sich von Betreuung. Sie beinhaltet die eigene Entscheidung der Betroffenen über die Hilfen, die sie für die Befriedigung ihrer individuellen Bedürfnisse benötigen. (...) Bei Menschen mit schwereren Behinderungen wird jedoch die Ergänzung der Assistenz durch stellvertretendes Entscheiden / Handeln notwen-

dig. Dabei gilt es stets zu prüfen, wie das vorhandene Selbstbestimmungspotenzial genutzt und weiter entfaltet werden kann. Die Umsetzung dieses Anspruches beinhaltet eine hohe pädagogische Qualität. Insbesondere die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung werden tendenziell unterschätzt (S. 47).

Für diese Menschen gilt, dass erneut die Gefahr ihrer Ausgrenzung besteht, was Weber (2003) betont:

Zusammenfassend kann bezüglich der Begriffsdiskussion festgehalten werden, dass im Sinne des Vermeidens neuer Rest-Gruppen (die, die nicht zur Assistenz fähig sind – die, denen man nicht assistieren kann etc.) auch Menschen, die wir schwer oder schwerst geistig behindert nennen, der Assistenz bedürfen, dazu Signale der Anleitung senden können und dass dies in dialogisch-kooperativer Beziehung mit der betroffenen Person entschlüsselt, übersetzt und umgesetzt werden kann. Dies erfordert eine hohe Professionalität in der sozialen Arbeit, die vor allen Dingen sich ständig bewusst darüber sein muss, dass es neue Formen von Macht, Bemächtigung oder Pädagogisierung unbedingt zu verhindern gilt (S. 7).

Konkret bedeutet dies, dass die Professionelle in ihrer Rolle als Assistentin das Sprachrohr für den behinderten Menschen wird, der sich nicht selbst artikulieren kann, und dabei seine Interessen vertritt. Assistenten übersetzen, fordern das ein, was ihr Gegenüber braucht, nehmen Abstand von dem Blickwinkel, als Professionelle schon genau zu wissen, was für jemand gut ist, nehmen sich schließlich zu Gunsten der Aktivität ihres Gegenübers zurück und treten – notwendigerweise – ein in Dialog. Dieser Dialog vollzieht sich jedoch nicht in einem leeren Raum. Die Gesellschaft, die Institution, die übrigen Menschen wirken im Hier und Jetzt explizit auf diese dialogische Beziehung ein (vgl. Glasenapp, 2003), aber vielmehr noch implizit. „Assistenz bestimmt sich aus den Beziehungs- und Kooperationsverhältnissen zwischen Personen, die als Assistenznehmer und Assistenzgeber fungieren, in die ihre je spezifischen Kompetenzen eingehen, die in Bezug auf das antizipierte Produkt der Kooperation akkumulieren“ (Feuser, 2006, Hervorhebung im Original).

Für die Professionellen gilt daher, die Bedingungen dieses Dialogs immer wieder neu zu reflektieren, die Grenzen zu bestimmen, an denen sie selbst mit ihrem fremdbestimmenden Handeln die Selbstbestimmung tagtäglich verunmöglichen. So konnte Müller-Hohagen (1994) anhand des Berichts über die Psychotherapie eines jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung beispielsweise zeigen, wie familiäre Muster, aber auch der Patient selber, seine Selbstbestimmungsmöglichkeiten in einem Prozess der Ablösung behinderten.

Die Professionellen legitimieren sich dann in der Selbstreflexion und machen sich darüber ihres paradoxen Auftrages von Hilfe zur Selbsthilfe bewusst (vgl. Kapitel 2). Hierbei kann die von Appel und Kleine Schaars (1999; Kleine Schaars & Petereit 2002; 2004; 2008) vorgestellte und in den Niederlanden entwickelten Methode der „Anleitung zur Selbständigkeit“ ein Beispiel sein, bei der durch die kritische Reflexion der Rolle der Professionellen eine Aufteilung in den Alltags- und Prozessbegleiter vorgenommen wird. Die Bedeutung der notwendigen kritischen Selbstreflexion betont auch Bosch (2005). Und Schulze-Weigmann (2008) stellt hierzu die Methode der doppelten Machtumkehr (Domum) vor (vgl. in diesem Zusammenhang auch die von Westermann-Binnewies, 2004, beschriebenen Gegenmachtstrategien von Krankenhauspatienten). Ausgehend von einer kritischen Reflexion von Macht und Ohnmacht in sozialen, besonders helfenden Beziehungen stellt er drei aufeinander aufbauende methodische Bausteine zur „Selbstentmachtung von Assistenten“ (S. 118)

vor. Der erste Schritt sieht die Selbsterfahrung und Reflexion eigener Machtlosigkeit und Gefahren von Machtmissbrauch vor. Darauf folgt die kollegiale Fallberatung und Überprüfung der Zielbestimmung hinsichtlich machtmisbräuchlicher Regeln und Handlungsweisen. Der dritte Schritt schließlich umfasst die zweite Machtumkehr, die dauerhafte Umsetzung und Überwindung einer vertikal-hierarchischen Machtverteilung. „Wenn Menschen mit Assistenzbedarf dauerhaft dazu ermutigt werden, sich für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse Unterstützung zu suchen, anstatt ihre Bedürfnisse nach den Vorstellungen ihrer Helfer zu definieren, ist das Ziel von Domum – eine zweite Machtumkehr – erreicht“ (S. 125).

Entsprechend fasst Rock (2001) zusammen: „Angesichts der Tatsache, dass Professionelle in der Arbeit mit geistig behinderten Erwachsenen gerade in Hinblick auf die Ermöglichung von Selbstbestimmung in nicht auflösbare Dilemmata involviert sind, erscheinen normativ gefasste Handlungsgrundsätze sowie idealisierte Modelle eines autonomiefördernden professionellen Handelns als unangemessen. Vielmehr tritt Reflexivität, die ein umsichtiges Bearbeiten und Ausbalancieren der Handlungsdilemmata erst möglich macht, als ein wesentliches Moment sonderpädagogischer Professionalität hervor“ (S. 169).

Und auch Windisch (2004) betont die Bedeutung einer kritischen Reflexion der pädagogischen Arbeit und eine Anwendung von Konzepten, „die das Spannungsverhältnis und die Widersprüchlichkeit von Interventionen angemessen berücksichtigen“ (S. 70).

Dennoch bleibt regelmäßig zu überprüfen, wo die beschriebenen Dilemmata auf der Beziehungsebene durch strukturelle Aspekte der Machtverteilung innerhalb der Behindertenhilfe aufrecht erhalten werden, die über die Ebene der Beziehungen hinaus gehen. Denn diese Strukturen werden durch eine bewusste „Selbstentmachtung“ (Schulze-Weigmann, 2008) der Professionellen möglicherweise nicht beseitigt.

Somit kann Assistenz ein handlungsleitendes pädagogisches Selbstverständnis sein, aber nur dann, wenn es gelingt, die Rolle für sich als professionell Handelndem und innerhalb der Beziehung klar zu definieren bzw. wo dies nicht möglich ist, die inhärente Widersprüchlichkeit sozialer Arbeit angemessen zu berücksichtigen (vgl. Schweizer & Glasenapp, 2005). Dabei kann es sein, sich idealerweise überflüssig zu machen: „Vordringliche Aufgabe der Rehabilitation ist es also, Assistenz als eine Art geeignete ‘Schwimmhilfe’ zu bieten und weiterzuentwickeln. Die Klienten aber, die sich freigeschwommen haben und es wünschen, muss sie eines Tages ziehen lassen“ (Wacker, 2008, S. 16).

3.6. Zusammenfassung und Ausblick

Im dritten Kapitel wurde die Sicht der Menschen, die in Institutionen arbeiten, fokussiert. Dabei richtete sich der Hauptfokus auf Menschen ohne geistige Behinderung, die mit ihrer Arbeit in Institutionen als Erwerbstätigkeit ihren Lebensunterhalt verdienen. Ausgeklammert wurde der Fokus von Menschen mit geistiger Behinderung, die in einer Institution arbeiten, z.B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen, oder Professionelle, die selber von Behinderung bedroht sind, z.B. in Folge von Krankheit oder Unfällen. Es bleibt zunächst offen, inwieweit die Erkenntnisse der Arbeits-

und Organisationspsychologie, die hier vorgestellt und auf das Tätigkeitsfeld der Behindertenhilfe übertragen wurden auch für die genannten Bereiche zutreffend sind.

Folgende Aspekte können zusammengefasst werden:

1. „Humane Arbeit“ (Ulich, 1984), die den Anspruch auf Persönlichkeitsförderlichkeit erhebt, kann ein normativer Bezugspunkt für die Gestaltung von Arbeit – auch in der Behindertenhilfe – sein. Es scheint jedoch demgegenüber einen gesellschaftlichen Trend zu geben, die Arbeit an kurzfristiger Gewinnmaximierung auszurichten und die möglichen Kosten für entsprechende Arbeitsgestaltung nicht zu zahlen. Persönlichkeitsförderung wird demnach zu einem privaten Pflichtprogramm für das Individuum – mit den entsprechenden Folgen.
2. Die Arbeitsbedingungen und ihre Analyse sind vergleichbar den in Kapitel 2 vorgestellten Lebensstandards. Die Analyse der Arbeitszufriedenheit weist Parallelen auf zur Analyse des Wohlbefindens. Dabei können keine linearen Schlüsse aus den Arbeitsbedingungen auf die Arbeitszufriedenheit gezogen werden, es kommt zu paradoxen Ergebnissen. Wie bei der Lebensqualität ist von einem Doppelkriterium auszugehen. Zunächst ist auf der Ebene der Arbeitsbedingungen zu erfassen, inwieweit normative Setzungen – wie Ausführbarkeit, Schädigungsfreiheit, Beeinträchtigungsfreiheit und Persönlichkeitsförderlichkeit – realisiert sind. Über diese notwendige Bedingung hinaus ist die subjektive Sicht auf die objektiven Arbeitsbedingungen als hinreichend anzusehen. Für die Ebene der Arbeitszufriedenheit gilt dabei, die einher gehenden Prozesse – z.B. als Vergleich zwischen den Erwartungen einer Person und ihrer Bewertung des Ist-Standes – differenziert zu erfassen. So können für die Entwicklung einer Organisation „konstruktiv unzufriedene“ Professionelle wesentlich hilfreicher sein als „resignativ zufriedene“.
3. Für die Gestaltung von Arbeit scheint die Arbeitszufriedenheit als abhängige Variable weniger geeignet zu sein als das Motivationspotential. Dieses kann nur aus der Arbeit selber resultieren. Um Menschen die Möglichkeit zu geben, sich mit ihrem Potential in die Arbeit einzubringen, ist es nötig, ihnen Freiräume und damit Wahlmöglichkeiten auf unterschiedlichen Ebenen zu bieten und entsprechend die Arbeit horizontal und vertikal zu erweitern. Durch die zunehmend komplexeren Aufgaben führt in vielen Tätigkeitsbereichen kein Weg an der Einführung von Arbeitsgruppen vorbei. Diese verlangen erweiterte (soziale) Kompetenzen der Mitglieder und die Berücksichtigung spezieller Faktoren bei der Auswahl und Zielorientierung. Entsprechende Arbeitsgestaltungsmaßnahmen haben kurzfristig aber nicht nur positive Effekte. Sie erhöhen die Regulationsanforderungen der Beschäftigten, sie erfordern ein höheres Maß an Flexibilität, was Unsicherheit erzeugen kann, wenn diese Veränderungsprozesse nicht entsprechend durch Informationstransparenz, Partizipationsmöglichkeiten und Kompetenzentwicklung begleitet werden.
4. Die Tätigkeit von Menschen, die in Institutionen arbeiten, ist wie kaum eine andere Arbeit von hohen Chancen bei gleichzeitig hohen Risiken gekennzeichnet. Die Arbeit ist einerseits in hohem Maße ganzheitlich und sinnhaft, sie bietet vielfältige Möglichkeiten zur sozialen Interaktion, zum Einbringen eigener Potentiale und zur Entwicklung von Kompetenzen. Sie kann dann begeistern, aber letztendlich kann die Begeisterung in dieser Arbeit nur bleiben, wie Meller und Ducki (2002) beschreiben, wenn zentrale eigene Ziele und Motive realisiert werden können. Entsprechend sieht die andere Seite aus: Die Arbeit erscheint dann mitunter kaum ausführbar zu sein, sie führt zu Schädigungen und beeinträchtigt häufig das Wohlbefinden. Die Chancen der Persönlichkeitsförderlichkeit brechen dann an den vielfältigen Risiken. Mehr noch als im

Kontakt zu den Menschen, die in der Institution leben, wird dabei von den Professionellen selbst das Risiko in schwierigen Organisationsabläufen und den Rahmenbedingungen der Arbeit gesehen. Ein hoher Anteil der Beschäftigten möchte die Arbeitsstelle wechseln und ist von Burnout bedroht, wobei besonders die Emotionsarbeit einen wichtigen, im Falle der emotionalen Dissonanz überwiegend belastenden Faktor darstellt.

5. Menschen, die in Institutionen arbeiten, können den Menschen, die in Institutionen leben, nur dann Räume für ein gelingendes Empowerment gestalten, wenn sie selber Zutrauen in ihre eigenen Empowerment-Möglichkeiten haben. In der Realität bestehen diese Möglichkeiten mitunter nicht, da traditionell in der Behindertenhilfe oft noch hierarchische und autoritäre Strukturen anzutreffen sind. Mitunter werden bestehende Möglichkeiten jedoch von den Professionellen auch nicht genutzt. Dabei werden als besonders schwierig für ein gelingendes Empowerment der Menschen, die in Institutionen arbeiten, a) Ängste, b) unklare Ziel- und Aufgabendefinitionen, c) Rollenkonfusion, d) Diskrepanz zwischen Außendarstellung und dem Gelebten vor Ort, e) eine technisch-formale Verantwortung, f) unklare Rückmeldeprozesse sowie g) Konflikte im Team identifiziert.
6. Assistenz kann für Menschen, die in Institutionen arbeiten, ein neues Selbstverständnis darstellen, aber nur wenn mit dieser eine bestimmte grundsätzliche Haltung verbunden ist, die zu einer spezifischen Rolle führt. Diese wiederum ist mit der Rolle eines Wohngruppenmitarbeiters nicht immer kompatibel. Vor diesem Hintergrund wird abgelehnt, die vielfältigen Aufgaben und einzunehmenden Rollen eines Professionellen unter Assistenz zu subsumieren, was zu einer erneuten Unschärfe führen würde. Die Assistenz sollte dem professionellen Anteil vorbehalten bleiben, der sich strikt am Dialog und den Anweisungen des behinderten Menschen orientiert. Abweichungen hiervon führen dann möglicherweise erneut in eine Rollenkonfusion und verstärken das pädagogisch-therapeutische Dilemma der Beteiligten.

Zur Übertragung auf das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit:

Professionelle der Behindertenhilfe benötigen in erster Linie Sicherheit. Diese erhalten sie aus ihrem Wissen, ihrer Erfahrung, ihren Handlungsrouniten, aus Rückmeldungen anderer Menschen, aus der Struktur ihrer Arbeit mitsamt den Konzeptionen, Dienstvereinbarungen und gesetzlichen Grundlagen. Oftmals erleben sie diese Sicherheit nicht, z.B. wenn durch befristete Arbeitsverträge eine ständige Arbeitsplatzunsicherheit den betroffenen Professionellen droht. Die erlebte Sicherheit in der Arbeit ist aber notwendig, um eine Arbeit im menschlichen Grenzbereich leisten zu können, die immer wieder Gefahr läuft, nicht mehr ausführbar zu sein, die eigene Gesundheit zu schädigen und das Wohlbefinden dauerhaft zu beeinträchtigen. Somit ermöglicht diese Sicherheit überhaupt erst, in professionelle Beziehung mit den anvertrauten Menschen, die in der Institution leben, zu treten und diese Beziehung förderlich zu gestalten. Wie beschrieben sind für das Erleben dieser Beziehungen weniger quantitative Aspekte bedeutsam als vielmehr qualitative, es kommt also weniger auf die Länge des persönlichen Kontaktes an als auf das wie.

Erfahrung kann nur blind machen, wie der Dramatiker Heiner Müller sagt. Dementsprechend besteht die Gefahr, dass die notwendige Sicherheit mitunter zu einer (Selbst-) Behinderung wird. Eine förderliche Beziehung braucht Freiräume für Entwicklung. Somit benötigen die Professionellen auch eigene Freiheiten, die Räume für diese Beziehung förderlich zu gestalten. Erst dann können sie ihr Potential vollends einbringen und ihre Kompetenzen entwickeln. Dennoch können diese Freiheiten überfordern und damit Angst und Unsicherheit auslösen. Wenn diese Reaktionen nicht

entsprechend begleitet werden – durch Partizipations- und Entscheidungsmöglichkeiten sowie Kompetenzentwicklung – droht die Gefahr, dass die Professionellen sich selbst wieder Sicherheit geben, aber möglicherweise mit defensiven Strategien: Verstärkung von Handlungsroutrinen, Verstärkung einer technisch-formalen Verantwortung, Rückzug aus der Beziehung.

Das Ausbalancieren von notwendiger Sicherheit und gleichzeitig notwendiger Freiheit ist zunächst Aufgabe der Professionellen selber. Sie wissen am besten, welches Mischungsverhältnis zu ihrem Stil, zu ihren Potentialen und Kompetenzen passt. Dennoch ist dieses Ausbalancieren nicht nur eine individuelle Aufgabe. Ganze Arbeitsgruppen, Teams, müssen ihre Arbeit danach ausrichten, wie sie diese Balance realisieren, welche Mitglieder mehr den einen oder mehr den anderen Aspekt favorisieren. Und schließlich ist die Fokussierung dieser Balance auch Aufgabe der nächsten Hierarchieebenen. Dies kann bedeuten, dann einzuschreiten, wenn einzelne Professionelle sich selbst überfordern, indem sie z.B. mit zu wenig Sicherheit arbeiten oder ein zu viel an Freiheit sich abverlangen, aber es kann auch bedeuten, einzuschreiten, wenn Professionelle bestehende Möglichkeiten der Freiheit nicht nutzen. Entscheidend ist hier ein Engagement für die Professionellen, wie es beispielsweise in modernen Führungskonzepten zu finden ist.

Erst bei ausreichender Sicherheit werden die Menschen dann die höchste Freiheit für sich zu nutzen wissen, sich zu hinterfragen.

Behindert ist man nicht, behindert wird man.
Aktion Mensch

Die Behindertenhilfe hat Gutes zu bewirken, nicht Gutes zu tun.
nach Klaus Dörner

Die erneuerte Anstalt, die große Einrichtung, bleibt eine wichtige Institution
der Hilfe für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen¹⁷.
Deutscher Caritasverband

Erfahrung kann nur blind machen.
Heiner Müller

4. Synthetische Erkenntnisse

Wie bereits in der Einleitung ausgeführt, gibt es *im* Leben absolute Sicherheit nicht. Und solange es keine absolute Sicherheit gibt, muss die Möglichkeit einer Schädigung, sei es durch genetische Variation oder Unfälle, als Teil des Lebens akzeptiert werden. Und solange es einen gesellschaftlichen Trend gibt, Normalität als Schädigungs- und Beeinträchtigungsfreiheit zu definieren, werden innerpsychische wie auch gesellschaftliche Strategien sich gegenüber der Möglichkeit der Schädigung wehren, sei es durch Verleugnung, sei es durch Ausgrenzung.

Es bleibt daher bis auf weiteres eine gesellschaftliche Utopie, sich eine Welt vorzustellen, in der Behinderung kein sozialer Tatbestand ist, der mit schlechteren Lebensbedingungen einher geht und in der der mit der Behinderung einhergehende Hilfebedarf nicht zu einem Machtgefälle führt, das in Ausgrenzung und im schlimmsten Fall Vernichtung mündet.

Diese Ausgrenzung aufzuheben ist erklärtes politisches Ziel und findet ihren Ausdruck in der Gesetzgebung. Dennoch stößt die Zielvorgabe der Teilhabe an Grenzen, die es hier zu beleuchten gilt. Als Praktiker besteht immer die Möglichkeit, die Ursache für den schwierigen Weg der Normalisierung, der Integration und nun der Inklusion zu externalisieren. Da bietet sich zunächst die Gesellschaft an, die über die politischen Systeme nicht willens ist, für die angemessene Erreichung dieser Ziele die nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Da bieten sich auf der anderen Seite aber auch die behinderten Menschen selber an, deren Ressourcen und Möglichkeiten – natürlich nur behinderungsbedingt – eine Teilhabe unmöglich werden zu lassen scheinen.

Die vorliegende Untersuchung möchte den Schwerpunkt darauf legen, wie möglicherweise die Hilfe selbst die Erreichung der Ziele der Hilfe behindert. So spricht Kretschmer (2003) in diesem

¹⁷ Dieses Zitat aus dem Jahre 1992 findet sich in „Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung – Begründung und Empfehlungen“, herausgegeben vom Deutschen Caritasverband (DCV, 1992). Es soll beispielhaft den Wandel in der stationären Behindertenhilfe in den zurückliegenden 15 Jahren illustrieren. 12 Jahre später formulierte der Caritasverband „Die Institution Heim wird massiv in Frage gestellt. Es wird behauptet, dass die Grundrechte der Menschen im (sic!) Heimen mehr als allgemein eingeschränkt würden“ (DCV, 2004, S. 5). Er fordert eine Veränderung der Wohnformen, den Einbezug der Menschen mit Behinderungen, die Berücksichtigung der Gemeinde als Ausgangspunkt der Angebote. Für das stationäre Wohnen soll gelten: „Ausgehend von diesen Anforderungen und unter derzeit erforderlicher Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Überlegungen sollten nicht mehr als 24 Bewohner mit Behinderung in unmittelbarer räumlichen Nähe zu einander unterstützende Wohnangebote erhalten“ (S. 7). Dennoch sollen darüber hinaus überregionale Angebote bestehen bleiben, wenn Angebote „aufgrund geringer Nachfrage oder Anzahl nicht vorgehalten werden können“ (ebd.).

Zusammenhang von heilenden und kränkenden Hilfesystemen und untersucht den Zusammenhang zwischen Kränkungsrisiken in Hilfesystemen und damit den Zusammenhang zur psychischen Belastung und Störungen der Menschen, „die in Hilfegemeinschaften aufeinander angewiesen sind“ (S. 15). Und Dörner (2000) fasst seine Kritik an den Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung im Heim in seiner provokativen und klaren Art zusammen: „Im vollen Sinne des Wortes ist Selbstbestimmung in Heimen nicht möglich. Auch im ambulanten Setting ist Selbstbestimmung nicht möglich. Im vollen Sinne des Wortes ist Selbstbestimmung überhaupt nicht möglich“ (S. 25).

Dieses Dilemma der fremdbestimmten Förderung von Selbstbestimmung ist hinlänglich bekannt und trifft gerade auch die Behindertenhilfe. Wenn Hilfe notwendig erscheint, besteht immer die Gefahr, dass sie dazu neigt, sich selbst zu verstärken und zu erhalten.

Über viele Jahrzehnte hinweg betonte die Fürsorge für behinderte Menschen den Sicherheitsaspekt menschlichen Lebens. Dieser Aspekt stellt die notwendige Voraussetzung für Leben dar und historisch betrachtet konnten Menschen mit geistiger Behinderung in unserer Gesellschaft nur durch diesen Aspekt überleben. So notwendig dieser Aspekt auch ist, er ist nicht hinreichend unter der Zielvorgabe Teilhabe, er behindert diese Zielvorgabe mitunter sogar.

Entwicklung vollzieht sich hinreichend nur in einem Raum von Freiheit und Möglichkeiten. Diesen gilt es, sich im Sinne des Empowerment-Gedankens zu ermächtigen, in dem er als notwendig erkannt wird und die entsprechenden Kompetenzen und das Selbstvertrauen sich erarbeitet werden.

Dabei erweist sich das Sicherheit und Halt gebende Heim oftmals als Grenze für diese selbstbestimmte Aneignung von Räumen, wie Bradl bereits 1996 dargestellt hat (Bradl, 1996b).

Doch wie verfahren, wenn Menschen sich diesen Raum nicht selbst aneignen (wollen / können / dürfen, vgl. Kapitel 2 und 3). Oft wissen sie ja nicht, dass sie wollen können. Hier wirken pädagogische und therapeutische Konzepte, die motivieren wollen und Wissen zur Verfügung stellen, diesen Schritt zu gehen – auch wenn sie sich immer bewusst bleiben müssen, dass es der Schritt des Gegenüber bleibt, sich zu ermächtigen. Allzu oft wird er – der Mensch mit Empowerment-Potential – dabei nicht wahrgenommen, nicht verstanden, ihm das nicht zugetraut und schlimmer noch dabei behindert. Sicherlich nicht aus böser Absicht, vermutlich eher aufgrund eigener Ablenkung, Unfähigkeit und Unsicherheit.

Diese Behinderung kann strukturell erfolgen, aber leider auch personell. Hilfe zur Selbsthilfe läuft immer wieder Gefahr, in einer Paradoxie zu münden. So sprechen auch viele in diesem Zusammenhang von einer „Gratwanderung“ (Scheew, 2000), einem „Spannungsbogen“ (Klauß, 2000a) oder einer „Balance“ (Wacker, 2008).

Es ist daher die Aufgabe an ein sich veränderndes Hilfesystem, die Hilfen so zu gestalten, dass sie den Kriterien von humanen Lebensräumen (vgl. Kapitel 2) und humaner Arbeit (vgl. Kapitel 3) entsprechen – dies beinhaltet die Entfaltung von Potentialen und Förderung von Kompetenzen – sowohl für die Hilfeempfänger wie gleichermaßen auch für die Hilfeleister.

Die Behindertenhilfe ist so organisiert, dass Träger die gesellschaftliche Verantwortung übernommen haben, den Rahmen für diese Hilfen zur Verfügung zu stellen. Sie strukturieren darüber diese Hilfe. Sie strukturieren aber nicht nur den Rahmen von Hilfe, sondern darin auch Macht und Herr-

schaft sowie strukturelle Gewalt (Feuser, 2006), die Ausdruck dieser Form von Hilfe sein können. Sie – die Träger – haben darüber großen Einfluss auf die Realisierung von Normalität und Ausgrenzung, auch wenn sie selbstverständlich dabei nur ein Spiegel der Gesellschaft sind.

Damit sind die Eckpunkte eines inhaltlichen Konzeptes beschrieben, das für die Beteiligten vielfältige Veränderungen, Chancen wie Risiken, bereit hält (vgl. SMBW, 2005).

4.1. Für Menschen, die in Institutionen leben

Die Vernachlässigung oder Nichterfüllung der psychosozialen Bedürfnisse, von befriedigenden sozialen Beziehungen, dem subjektiven Wohlbefinden und der gleichberechtigten Partizipation: all diese Gefährdungen bestehen für behinderte Menschen in besonderem Maße, wie Beck (1998) darstellt:

Behinderungen können als andauernde Belastung, als potentielle Gefährdung des Wohlbefindens in seiner physischen, psychischen und sozialen Dimension bezeichnet werden. Sie führen zu umfänglichen individuellen Beeinträchtigungen von Alltagsaktivitäten und Bewältigungsfähigkeiten; sie können Benachteiligungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, hinsichtlich der Übernahme sozialer Rollen, der sozialen Integration und der selbständigen Lebensführung zeitigen, was wiederum auf das Selbstbild und die Bewältigungsmöglichkeiten negativ zurückwirken kann. Behinderung ist ein komplexes Beziehungsgeflecht und von zahlreichen Einflussfaktoren abhängig: vom Verhältnis von individuellen und sozialen Belastungen und den verfügbaren informellen und professionellen Ressourcen, der Struktur des Hilfesystems, gesellschaftlichen Bedingungen, Normen und Werten. Behinderungen sind also relativ und normativ; sie sind veränderlich, nicht starr und situationsabhängig. Jede Behinderung wirkt sich in Abhängigkeit all dieser Einflussfaktoren individuell unterschiedlich aus und wird subjektiv unterschiedlich verarbeitet und bewertet (S. 281 f.).

Behinderungen sind in der Regel lebensbegleitend. Sie „verändern die soziale Situation der Betroffenen“ (Ferber, 1989). Und bedeuten damit, bis sich die Gesellschaft hinsichtlich ihres Umgang mit dem Fremden nicht grundlegend verändert hat, einen Tatbestand darzustellen, der zu eingeschränkter Selbstständigkeit und damit der Gefahr einer erhöhten sozialen Abhängigkeit führt (Hahn, 1981).

Die Gefahr dieser Abhängigkeit ist, dass sie chronifiziert, nicht nur für den Abhängigen, sondern auch für den, der – wie in diesem Fall – hilft. Es entsteht eine Art wechselseitiger Abhängigkeit. Wacker et al. (1998) stellen hierzu fest: „Insgesamt ist der Umgang der Mitarbeiter/innen in den Wohngruppen von einem eher fürsorglichen Denken geleitet. Sie fühlen sich berufen, ihre Verantwortung für einen gelingenden Alltag in der Form zu übernehmen, dass sie direkten Einfluss auf das Verhalten der Bewohner/innen nehmen wollen. *Dieser Umgangsstil ist aber auch von Seiten der Bewohner zumeist der gewohnte und häufig die erwünschte oder zumindest erwartete Interaktionsform*“ (S. 114 f., Hervorhebung J.G.).

Das Muster der Abhängigkeit durchzieht die Hilfe und stabilisiert hinsichtlich Rolle und Erwartung. Es schafft eine spezifische Hilfe-Struktur, die Sicherheit vermittelt, aber auch Entwicklung behindern kann, wie oben skizziert wurde. Je länger es wirksam ist, desto schwieriger wird es sein, es zu

verändern, da es sich über das Selbstkonzept zu einem sich selbst stabilisierenden System entwickelt.

Eine Veränderung dieses Musters ist zunächst einmal anstrengend. Es führt zu Verunsicherung bei allen Beteiligten und kann vorhandene Unsicherheiten noch verstärken. Es bedeutet für behinderte Menschen ein mehr an Risiken und Gefahren in Kauf zu nehmen, so wie sie es selbst fordern.

Mit Dybward (1975) kann davon ausgegangen werden, dass „Sorgen und Streit, schwere Prüfung und großer Kummer normal sind auf Erden, und dass ein behinderter Mensch das Recht hat, ihnen ausgesetzt zu sein. Normalisierung schließt die Würde des Risikos mit ein“ (zitiert nach Berg, Evans, Mason, Speck, Bank-Mikkelsen, De Jong & Roser, 1982).

Für die sie begleitenden Angehörigen, gesetzlichen Betreuer und Professionellen heißt dies, zurückzutreten und loszulassen, sich auf das erhöhte Risiko der Selbstbestimmung einzulassen und es mit zu tragen.

Hierbei gilt es auch zu beachten, dass Angehörige mitunter andere Zielsetzungen haben, wie beispielsweise Metzler und Rauscher (2004) für die zu wählende Wohnform zeigen konnten. Hier favorisierten 42 % der befragten 764 Menschen mit Behinderungen ein Wohnen mit dem Partner, gefolgt vom Ambulant Betreuten Wohnen (22 %), während 52 % der 231 befragten Eltern für ihre Kinder das Ambulant Betreute Wohnen und 39 % eine (Heim-) Wohngemeinschaft als gewünschte Wohnform wählten (jeweils waren Mehrfachnennungen möglich).

Behinderte Menschen, die in Institutionen leben, brauchen mehr Räume und damit Möglichkeiten zu einem gelebten Empowerment. Dies bedeutet in erster Linie, dass erkennbare Ansätze von Selbstbestimmung gewährt werden, bis die Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung die professionell Tätigen zum Eingreifen und damit zur Fremdbestimmung zwingt. Dies darf aber nicht zur prophylaktischen Fremdbestimmung führen, denn Selbstbestimmung bedeutet, Risiken einzugehen. So soll, um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen, die Gefahr, die von einer Kerze ausgeht, nicht dazu führen, jegliche Erfahrung eines Menschen mit der Kerze zu verhindern. Es müssen vielmehr Bedingungen geschaffen werden, die ein Erleben und Begreifen möglich machen und somit den Freiraum zur Selbstbestimmung der behinderten Menschen bieten. Wenn es dabei zu einer schmerzhaften Erfahrung kommt, gilt es, unterstützend da zu sein. Schließlich müssen im Sinne eines pädagogischen Konzeptes Kompetenzen der Selbstbestimmung eingeübt und ausgebaut werden. Niehoff (1994) fasst zusammen: „Je mehr Möglichkeiten der Wahl behinderten Menschen angeboten werden können, desto eher können sie ein selbstbestimmtes Leben führen und desto geringer ist die Gefahr, dass die ‚guten Ziele‘ in der Behindertenarbeit doch wieder aufoktroziert werden“ (S. 193).

Dieser Schritt bedeutet für behinderte Menschen aber auch, nicht unbedingt zufriedener zu werden oder mehr Wohlbefinden zu erleben, da mit einer deutlichen Zunahme an Anforderungen zu rechnen ist. Wenn in diesem Prozess nicht ausreichend Ressourcen – interne wie externe – zur Verfügung stehen, kann es zu einer Überforderung kommen und der Weg zurück ins altbekannte Muster wirkt dann anziehend, so wie die Kugel, die in der Potentiallandschaft zurück in ihr Ursprungstal rollt (vgl. Kapitel 1). Je mehr ich mich von dem bekannten Weg verabschiede, umso mehr laufe ich Gefahr, an meine Grenzen zu stoßen. Dies wird lehrreich sein, aber auch schmerzhaft. Das Verlassen eines Heims führt dann möglicherweise auch zum Verlust von Heimat.

4.2. Für Menschen, die in Institutionen arbeiten

Die Menschen, die in Institutionen arbeiten, sind in Bezug auf die eigene erlebte Sicherheit und Freiheit nichts anderes als ein Spiegelbild der Menschen, die in Institutionen leben. Seifert (1999) beschreibt die Gemeinsamkeiten:

Beide streben Wohlbefinden an. Dies kann nur in einem gelungenen Austauschprozess zwischen ihnen erreicht werden. Dieser Prozess ist im Hinblick auf die Entwicklung der persönlichen Identität der Bewohner und der beruflichen Identität der Betreuer bedeutsam und impliziert Fragen nach dem Sinn des eigenen Daseins bei schwerer Behinderung und nach dem Sinn der Arbeit bei scheinbar aussichtsloser Lebensperspektive des Betreuten. Ebenso wie die grundlegenden Bedürfnisse von Bewohnern und Mitarbeitern vergleichbar sind, sind auch die Bedingungen, die die Erfüllung dieser Bedürfnisse fördern oder verhindern, an einem gemeinsamen Ort lokalisierbar: in der Wohngruppe – für die einen Lebensraum, für die anderen Arbeitsplatz (S. 220).

Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit befinden sich dabei in einem wenig erforschten Wechselspiel (Richarddt, 1998). Auf den Schnittpunkt Wohngruppe als Raum, in dem Menschen mit unterschiedlichen Rollen aufeinandertreffen, verweisen auch Wacker et al. (1998):

Das Handeln von Menschen, die im Alltag aufeinandertreffen, ist nicht unabhängig davon, welche Rolle sie in ihrem jeweiligen Umfeld spielen. In Heimen, und dort in den Wohngruppen, haben es – aus einem Blickwinkel betrachtet – Bewohnerinnen und Bewohner mit Berufstätigen zu tun, deren Arbeitsplatz eine fremde Wohnung ist. Aus einem anderen Blickwinkel geht es um das Verhältnis von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarfen zu anderen, die ihnen helfen, sie betreuen und versorgen. Diese Positionen und ihre Gestaltung in der Interaktion bestimmen letztendlich den Umgang der Personen im Heim (S. 149).

Diese Interaktionen bewegen sich – wie bereits dargestellt – im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. Die Menschen, die in Institutionen arbeiten, und andere professionell Tätige brauchen im hohen Maß Sicherheit und Zutrauen in die eigenen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, um diese Freiräume an Menschen mit Behinderungen weitergeben zu können. Dabei stoßen sie auf eigene Grenzen, auf Grenzen der Beziehungsgestaltung und auf strukturelle Grenzen.

Genau hier setzt die Qualität professionellen Handelns an: Unsicherheiten auszuhalten, ohne in – Sicherheit gebende – Handlungsroutrinen zu verfallen, die bestehendes Denken, Beziehungen und Strukturen festigen. „Im Anstaltsalltag entstehen vielfältige Routinen als Konstruktionen des Personals, die vorrangig auf Sicherheit und Ordnung zielen, die an Loyalitätsforderungen an die Leitung orientiert sind und die ständig ‚Krankheitsurteile‘ im Sinne von Pathologie oder Devianz der Äußerungen der Internierten vollziehen“ (Jantzen, 2003, S. 163). Wacker et al. (1998) beschreiben die Auswirkungen dieser Handlungsroutrinen auf die Abläufe und damit einhergehenden Rollenverteilungen:

Als Problem zeichnet sich grundsätzlich ab, dass die traditionellen Rollenverteilungen in den Einrichtungen ins Wanken geraten, die gewissermaßen komplementäre und daher eher reibungsfreie Alltagsverläufe sicherstellen konnten. Beispielsweise ist die Rolle der Hilfebedürftigen – wie jede Rolle – mit gewissen Pflichten, aber auch mit Rechten ausgestattet. Der Pflicht, sich helfen zu lassen, und

zwar in der Weise, wie es dem Helfer als passend erscheint und dafür dankbar zu sein, steht zugleich das Recht gegenüber, Hilfe zu erhalten, wann immer Hilflosigkeit signalisiert wird. Ergänzend dazu stellen der Helfer bzw. die Helferin in Ausübung ihrer Pflicht diese umfassende Fürsorge und Betreuung sicher, nehmen sich dafür aber auch das Recht, diese Versorgung auf die fachlich erlernte und als adäquat eingeschätzte Art und Weise zu erbringen. Sind solche komplementären Umgangsstile nicht mehr klar erkennbar, kommt es zu Reibungen (S. 161).

Anstatt bei Stress, Überforderung oder Unsicherheit in bekannte Handlungsroutrinen zu verfallen, müssen Menschen, die in Institutionen arbeiten, statt dessen den schwierigen Weg gehen, sich genau dann von alten Sicherheiten und traditionellen Gewohnheiten zu verabschieden. Das wichtigste Mittel hierzu ist, die eigene Arbeit und sich selbst zu reflektieren und mitunter auch in Frage zu stellen. „Denn bei all den angesprochenen Überlegungen darf nicht übersehen werden, dass die Mitarbeiter hier in besonderer Weise gefordert sind. Häufig auch, in dem sie sich selbst infrage stellen müssen. Eine Teilnehmerin der Tagung Behindert Wohnen sagt: ‚Wir selber sind ja oft das Problem. Wir müssen in unseren eigenen Köpfen anfangen.‘ (...) Eine andere Mitarbeiterin stellte selbstkritisch die Frage: ‚Sind wir auch bereit, Risiken einzugehen?‘“ (Hofe, 2000, S. 160). Die neuen Konzepte in der Hilfe für behinderte Menschen stoßen also auf Schwierigkeiten und Grenzen, die es ernst zu nehmen gilt (vgl. Brodesser, 2000). Nur so können aber die beschriebenen Interaktionen, die in eine wechselseitige Abhängigkeit führen, reduziert werden. Wacker et al. (1998) hierzu:

Mitarbeiter wie Bewohner stimmen darin überein, dass sich die Symmetrie ihres Verhältnisses zueinander erhöhen sollte, indem vor allem den Menschen mit Hilfebedarf mehr Chancen eingeräumt werden, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren und durchzusetzen. Während die Bewohner eine weitere Verbesserung der Beziehungsqualität – in bezug auf die Geduld, Freundlichkeit und das Zeitbudget der Mitarbeiter – für erforderlich halten, sehen die Betreuer eher organisatorische und strukturelle Änderungen als notwendig an (S. 309).

Der Widerspruch in der institutionellen Behindertenhilfe zwischen der zunehmenden Notwendigkeit von Selbstbestimmung und der (ver-)bleibenden Notwendigkeit von Fremdbestimmung, der mit zunehmendem Grad an Behinderung immer offensichtlicher wird, wird vermutlich die fachliche Diskussion begleiten, solange es sie gibt.

Momentan ist es noch wichtig, Konzepte zur Entwicklung von Selbstbestimmung im institutionellen Rahmen zu erarbeiten und weiterzuentwickeln. Dabei muss das schnelle Wechselspiel der verschiedenen Ansätze immer wieder neu aufgegriffen werden, damit die Gestaltungsspielräume für Professionelle den Veränderungen angepasst werden können. In einem solchen Veränderungsprozess ist es den Professionellen dann möglich, sich als „Lebens- (Qualitäts-) Manager“ wahrzunehmen (Schweizer & Glasenapp, 2002).

Je konsequenter solche Konzepte dann im Alltag umgesetzt werden und je mehr das Selbstwertgefühl der behinderten Menschen sich entwickeln kann, um so mehr werden hoffentlich in einigen Jahren diese Konzepte der Vergangenheit angehören. Behinderte Menschen werden dann mit ihren Assistenten den weiteren Weg der Entwicklung der Behindertenhilfe und somit auch der Entwicklung von neuen Wohnformen selbst vorgeben.

Um die mit der Verabschiedung von alten Sicht- und Verhaltensweisen entstehende Unsicherheit der Professionellen im Sinne der Freiheit zu begleiten, müssen neue Sicherheiten geschaffen werden. Diese liegen im Sinne einer Personalentwicklung in der Erweiterung von Kompetenzen und

Wissen, und im Sinne einer Organisationsentwicklung in der Erweiterung von Partizipationschancen für die Professionellen. Nur so entwickeln sie das Selbstverständnis, ein bedeutsamer Teil der Hilfe zu sein und in dieser Rolle gewürdigt zu werden. Mit Jantzen (2003) kann abschließend die Bedeutung der Mitbestimmung unterstrichen werden:

Grundsätze moderner Arbeitsorganisation gehen jedoch von der Gewährleistung einer innerbetrieblichen Mitverantwortung und Mitbestimmung aus, deren Grad sich aus den jeweiligen Möglichkeiten einer optimalen Produktion bemisst. Bei einem nach § 39 BSHG finanzierten Wohlfahrtsbetrieb sollte man annehmen, dass im Sinne von Eingliederungshilfe, das angebotene Produkt die optimale Persönlichkeitsentwicklung der Bewohner/innen zu sein hätte. An dieser hätten sich Organisationsstruktur und Mitverantwortung und Mitbeteiligung der Mitarbeiter/innen zu orientieren (S. 23).

4.3. Für die Institutionen selber

Die Institutionen, ihre Träger und ihre Leitungen, übernehmen die Verantwortung für die Menschen, die in der Institution leben und arbeiten, und darüber hinaus für die Region, in der sie sich befindet (Dieckmann, 2002). Sie folgen dabei dem Prinzip „Geld gegen Verantwortung“ (Wienberg, 1990; vgl. Droste, 2000, S. 131), wobei Geld gleichbedeutend ist mit Macht. Für sie stellen die beschriebenen Veränderungen um das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit ebenfalls große Herausforderungen dar. „Institutionen und Organisationen sozialer Dienstleistung (und ihre Träger, Leiter und Mitarbeiter) müssen in der Lage sein, sehr adaptiv, flexibel und dynamisch auf sich ändernde Bedarfslagen, Bedürfnisse und Präferenzen auf der Nachfragerseite zu reagieren. Nicht zuletzt sind sie gezwungen, unter marktförmigen Konkurrenzbedingungen ihre Angebote qualitativ hochwertig und gleichzeitig kostengünstig zu gestalten“, wie Gröschke (2004, S. 11) diese skizziert.

Die Institutionen und ihre Träger haben diese Herausforderungen erkannt und sind Idealerweise in der Lage, sich ihnen zu stellen, wie der Auszug aus einem Positionspapier der Caritas (CBP, 2004) verdeutlichen soll:

Die Träger und Leitungen sind zur Bestandsaufnahme, zur Reflexion und Entwicklung von Visionen aufgefordert. Dies stößt den Auf- und Umbau von Leistungen an. Dass in die hierfür erforderlichen Entscheidungsprozesse alle Beteiligten einbezogen werden, liegt in besonderer Verantwortung der Leitung. Die Weiterentwicklung der Angebote von Diensten und Einrichtungen orientiert sich an Selbstbestimmung, Teilhabe und am Leben in der Gemeinde. Dies fordert eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung der bestehenden Strukturen und Regeln im Hinblick auf ihre fördernden und hemmenden Bedingungen für Selbstbestimmung, Teilhabe und ein gelingendes Leben in der Gemeinde. (...) Die Träger sind gefordert, den Ausbau ambulanter Dienste und gemeindeintegrierter Angebote voranzutreiben. Dies ist in der Regel mit einer Reduzierung oder Dezentralisierung von stationären Plätzen verknüpft. (...) Selbstbestimmung und Teilhabe gelten nicht nur für Menschen mit Behinderung, sondern ebenso für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dazu sind klare Strukturen zur Kommunikation und Beteiligung, transparente Entscheidungen und erweiterte Handlungsspielräume nötig. Dezentrale Wohnformen verlangen auch angepasste Verwaltungskonzepte, die Rücksicht auf die Handlungsfähigkeit vor Ort nehmen. Träger und Einrichtungen sind gefordert, kreative Modelle zu entwickeln, die den nötigen Spielraum vor Ort sichern und dabei zusätzliche Bürokratisierung vermeiden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden bei den Veränderungsprozessen

begleitet und für die veränderten Aufgaben qualifiziert. (...) Die Träger sind sich der möglichen Interessenkonflikte im Verhältnis zwischen allen Beteiligten bewusst. Sie übernehmen die Verantwortung, gemeinsam im Dialog Lösungen für die Konflikte zu entwickeln. Träger und Leiter von Einrichtungen und Diensten nutzen ihre Einflussmöglichkeiten und beteiligen sich aktiv an der politischen Diskussion über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung oder initiieren diese immer wieder neu (S. 27 f.).

Doch wiederum bricht dieses Idealbild mit der Realität. In dieser erleben sich auch Träger als „fremdbestimmt“ durch gesetzliche Veränderungen und Unsicherheit gegenüber Kostenträgern. Damit externalisieren sie möglicherweise die Ursachen ihre Unzufriedenheit anstatt sich eigenen Hindernissen in Veränderungsprozessen zu stellen. Handke (2000) beschreibt dies aus Trägersicht:

Die „fremdbestimmten Arbeitsaufträge“ an die Träger „verschütten“ zunehmend die notwendige Energie, den Willen, die Bereitschaft und die erforderliche Zeit aufzubringen, um: - Visionen zu entwickeln, - die Fortführung einer jahrelangen positiven Erfahrung in der Wohnversorgung von Menschen mit schweren Behinderungen zu sichern, - die unter Umständen entstandenen „Brechungen“ und „Fehlentwicklungen“ zu erkennen und sie in einen Zusammenhang zu bringen zu strukturellen Zwängen in der Trägerorganisation, - unter Umständen ein sich verändertes Selbstverständnis zu verdeutlichen in der Haltung zu Menschen mit Behinderungen sowie in den Fragen der Begleitung, ihrer Betreuung und Assistenz (S. 54).

Dieses sich verändernde Selbstverständnis bedeutet ganz konkret, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wo und wie Institutionen notwendige Sicherheit für behinderte Menschen bieten und wo und wie sie die Freiheit von Entwicklung behindern. Sie müssen sich immer wieder einer moralischen Frage stellen zwischen Heimat bzw. einem „Ort zum Leben“ (Gaedt, 2007) sowie dem Preis an Einschränkungen, der dafür gezahlt werden muss. Bisher war dieser Preis sehr hoch: „Der Preis, der für die Hilfen zu zahlen war, bestand in gesellschaftlichem Ausschluss, Ohnmacht und Vernachlässigung persönlicher Wünsche und Lebensvorstellungen“ (Metzler, 2005, S. 2).

Hierfür müssen auch die Institutionen ihr Selbstverständnis reflektieren und gegebenenfalls anpassen. „Über die individuelle Zufriedenheit hinaus steht dabei im Blickfeld, inwieweit die verschiedenen Dienste und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen Ressourcen darstellen, mit deren Hilfe eigene Lebensstile entwickelt, individuelle Fähigkeiten, Kompetenzen und Bedürfnisse ausgebildet sowie selbständiges und selbstbestimmtes Handeln gefördert werden können“ (Metzler & Wacker, 1997, S. 50). Dies stellt Anforderungen an die materielle Ausstattung der Institution entsprechend der beschriebenen Lebensstandards (ihre Größe, die Lage, die regionale Einbettung, die Größe der Wohngruppen, die Altersverteilung, die Bereitstellung von Einzelzimmern etc.). Es betrifft ebenso die personelle Struktur hinsichtlich des Zusammenlebens der behinderten Menschen. Dabei ist auf die Reduzierung gewaltförderlicher Bedingungen zu achten (vgl. Hennicke, 1999; Glasenapp & Kirsten, 2002), wobei für Institutionen die gleichen Risiken gelten, wie für Wohngruppen: rigide (subjektferne) Normen und Regeln, rigide Vorstellungen von Fehlverhalten, fehlende oder autoritär angelegte oder unreflektierte Konzeptionen, starre Interaktionsmuster, Entscheidungsunfähigkeit und Abschottung nach innen und außen (ebd.).

Aber auch zielgruppenspezifische Aspekte sind zu berücksichtigen. Dieckmann (2002) untersuchte beispielsweise intensiv das Zusammenleben von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und ihre sozialen Interaktionen. Er folgert für die Planung von institutionellen Wohngruppen: a) keine Konzentration von Menschen mit schwerer Behinderung in großen Einrichtungen, b) Bereit-

stellung von Möglichkeiten, damit auch Menschen mit schwerer Behinderung in kleinen Wohneinrichtungen leben können (z.B. Sicherung der nächtlichen Versorgung, Schaffung barrierefreier Zugänge, pflegeadäquate Ausstattung), c) Schaffung von Haushaltsgemeinschaften, „in denen schwerer behinderte Bewohner in der Minderheit sind, in denen die Handlungsfreiräume der schwerer behinderten Mitglieder die Grenzen der Gruppenwohnung überschreiten und in denen die Mitarbeiter über Wohngruppen hinweg kooperieren“ (S. 275).

Die Institutionen müssen sich aber auch den veränderten Anforderungen an das pädagogische Konzept stellen: dem Bereitstellen von Räumen für ein gelingendes Empowerment. Es ist nicht Aufgabe der Institutionen, das Empowerment den Menschen abzunehmen, dies können sie auch gar nicht. Es ist ihre Aufgabe, dies zu ermöglichen. Und dies kann nur gelingen, wenn den behinderten Menschen Handlungsspielräume eröffnet werden und wenn sie aktiv in die institutionellen Rückmelde- und Entscheidungsprozesse eingebunden werden: „Wenn die Behindertenhilfe – um einen Satz Dörners abzuwandeln – die Aufgabe hat, Gutes zu bewirken, nicht Gutes zu tun, dann müssen in diese Beurteilungsverfahren insbesondere die Menschen mit Behinderung aktiv eingebunden werden“ (Metzler & Wacker, 1997, S. 53).

Dabei können sie sich an den bereits 1989 formulierten Qualitätskriterien des Department of Health (zitiert nach Wacker et al., 1998, S. 25 f.) orientieren. Demnach werden Institutionen und andere Formen betreuten Wohnens dahingehend überprüft, ob sie für die Menschen, die in ihnen leben, Wahlfreiheit sichern, Rechtssicherheit gewährleisten, Selbstverwirklichung unterstützen, Unabhängigkeit sichern und Privatheit herstellen und schützen. Doch Metzler (2000) sieht diese Qualitätskriterien allzu oft eingeschränkt:

Die tatsächliche Nutzung von Handlungsspielräumen hängt allerdings von einer ganzen Reihe von weiteren Voraussetzungen ab. Zum Teil werden solche Spielräume dann begrenzt, wenn sie Fragen des Dienstplans der Mitarbeiter berühren. Dies betrifft z.B. den abendlichen Ausgang. Vor allen Dingen aber engen sich die Handlungsspielräume dann ein, wenn ein bestimmtes Maß an Hilfebedarf gegeben ist. Auch wenn bereits Menschen mit leichteren Behinderungen in vielen Einrichtungen in ihren Handlungsmöglichkeiten begrenzt werden – z. B. aufgrund der Aufsichtspflicht, um Sicherheitsbelange zu wahren, aber vielfach auch aus einem bestimmten Fürsorgeverständnis heraus –, so sehen sich Menschen mit schwereren Behinderungen oft dadurch eingeschränkt, dass auch für die Wahrnehmung von Handlungsspielräumen Hilfen erforderlich sind (S. 36).

Neben einem veränderten Umgang mit den Menschen, die in Institutionen leben, ergeben sich für die Institutionen auch Veränderungen im Umgang mit den Menschen, die für sie arbeiten. Dies bedeutet, den Professionellen Möglichkeiten zu bieten, die sich am Prinzip der „humanen Arbeit“ (Ulich, 1984) orientieren. Dies verlangt – wie dargestellt – ebenfalls die Erweiterung von Handlungsspielräumen, Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung und Partizipation.

Auf diesem Weg der Veränderung behindern sich Einrichtungen und Träger mitunter in ihrem eigenen Sicherheitsbedürfnis und ihren traditionell hierarchischen Strukturen soweit selber, dass sie die Chancen von Veränderungen nicht nutzen, wie Jantzen (2003) beschreibt:

Ich behaupte nun keineswegs, dass derartige Strukturen überall und in gleicher Weise in den Großeinrichtungen vorhanden sind, sondern nur, dass sie es sind. Das Problem ist, dass sie es gegenwärtig verhindern, diese „vorkapitalistischen“ Unternehmen nun binnen kürzester Zeit so zu modifizieren, dass sie als Unternehmen mit *Dienstleistungen entsprechend den bisher vertretenen humanistischen*

Ansprüchen an den Markt gehen könnten. (...) Statt in Anbetracht der zunehmenden ökonomischen Bedrohung die eigenen humanen Aufträge präziser und politischer zu bestimmen, sind eine Reihe von Einrichtungen und Verbänden bereits auf dem Wege der vorwegnehmenden Anpassung. Und soweit sie es nicht nach außen hin tun, werden unter der Hand bereits alle entsprechenden Alternativen behandelt, zwar mit einer Billigversorgung, aber immerhin am Markt (!) zu überleben (S. 137, Hervorhebung im Original).

Auf der anderen Seite versuchen Träger sozialer Einrichtungen, in traditioneller Weise Sicherheit zu erweitern, in dem sie ihren Umsatz ausweiten und expandieren. Dabei entstehen teilweise überregionale Großkonzerne, deren Machtstrukturen mitunter verwoben und intransparent sind. Dieser Trend findet sich auch nach der letzten Gesundheitsreform im Gesundheitswesen, wo es durch die Schaffung von Medizinischen Versorgungszentren, die in der Hand weniger überregionaler Anbieter sind, zu einer Konzentration und Reduzierung der Vielfalt kommt (vgl. Döllein, 2008).

Um einer Selbstbehinderung entgegen zu wirken, muss sie (die Institution, personell vertreten durch ihre Leitung) sich entsprechend eines bekannten Konzeptes von einer traditionellen zu einer lernenden Organisation entwickeln (vgl. Senge, 1990; Wendt, 1997; Rosenstiel, 1999) und in diesem Veränderungsprozess auf eine Balance von Veränderung und Stabilität (Lohmer, 2006), von Sicherheit und Freiheit achten. Steinhart und Gerst (1996) beschreiben die Anforderungen an eine entsprechende Organisationskultur:

- *Erstens*, dass Organisationskultur sich nicht durch Management herstellen lässt. Sie ist immer schon in den herrschenden Funktionen, Praktiken und Strukturen vorhanden. Management kann nur Rahmen setzen und Bedingungen schaffen, unter denen die Organisationskultur sich in der einen oder anderen Weise ausprägt.
- *Zweitens*, dass Anspruch und Wirklichkeit gerade bei Vorgesetzten nicht allzu weit auseinanderklaffen dürfen, weil sich sonst die MitarbeiterInnen zu Recht nicht ernstgenommen fühlen und umgekehrt auch die Vorgesetzten nicht ernst nehmen.
- *Drittens*, dass man sich gewärtig sein muss, dass alle gutgemeinten Maßnahmen auch ungewollte Neben- und Folgewirkungen haben, z.B. dass die Entscheidungskompetenzen von MitarbeiterInnen erweitert werden, diese sich dadurch aber psychisch überlastet fühlen (S. 223, Hervorhebung im Original).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass in großen Organisationen oftmals Professionelle Leitungsaufgaben übernehmen, für die sie mitunter nur unzureichend qualifiziert wurden¹⁸. Jantzen (2003) sieht dann die Gefahr, dass sich Verantwortlichkeiten verändern:

Sobald Einrichtungen in ihrem Verwaltungsapparat eine bestimmte Größe erreichen, führt das dazu, dass Mitarbeiter/innen, die bewohnerbezogene Qualifikationen aufweisen, gleichzeitig in den Verwaltungsapparat einbezogen werden, also bürokratische Verantwortung übernehmen. Schon gar wenn es so aussieht, als ob die Basis aus dem Ruder zu laufen droht. Das war in unserer Einrichtung der Fall. Und dann versuchte man, dies mit Kontrolle zu lösen, was aber bedeutet: Bürokratisieren und rausgehen aus persönlicher Verantwortung (S. 45 f.).

¹⁸ Dieses Phänomen wird – unwissenschaftlich – mit dem Peter-Prinzip umschrieben: „In einer Hierarchie neigt jeder Beschäftigte dazu, bis zu seiner Stufe der Unfähigkeit aufzusteigen“ (Peter & Hull, 1995).

So betont auch Wüllenweber (2008a), dass in den institutionellen Veränderungsprozessen speziell die mittlere Leitungsebene zu stärken ist, da diese besonders zwischen dem personellen und bürokratischen Bereich schwanken.

Die beschriebenen Veränderungen können vielleicht nur dann gelingen, wenn die Institutionen in der Behindertenhilfe, die über viele Jahre einen wichtigen Beitrag in der Gesellschaft für das Überleben von behinderten Menschen geleistet und gesichert haben, damit beginnen, sich selbst in Frage zu stellen. Wacker (2008) beschreibt bildhaft diese Veränderung:

Diese ferngelenkte „All inclusive-Reise“ – selbst wenn sie auf stationären „Komplex-Luxuslinern“ stattfindet – scheint mittlerweile von den Passagieren selbst mehr kritisiert als als „Rundum sorglos-Versprechen“ wertgeschätzt zu werden. Wenn aber die Attraktivität des fürsorglich konzipierten „Transports durchs Leben“ selbst für schwer beeinträchtigte Menschen schwindet, ist die Zeit reif, ernsthaft nach alternativen Leistungsformen zu suchen und komplexen Leistungsangeboten, die ohne Wahl und Mitwirkung konzipiert sind, mit der Zeit den Rücken zu kehren (S. 16).

Und Jantzen (2003) fasst die entsprechenden Veränderungen und anstehenden Anforderungen wie folgt zusammen:

Die Institution ist in Frage zu stellen; die Handlungen von Bewohner/innen sind, prinzipiell aus ihrer Lebensgeschichte begründet, als vernünftig anzusehen; es ist zu konstatieren, dass sie durch diese Lebensgeschichte in Vernunftfallen geraten sind, deren wesentlicher Teil die Institution selbst ist. Behindertenpädagogische Arbeit bedeutet auf diesem Hintergrund: 1) Durch Assistenz dialogische, kommunikative und soziale Isolation abzubauen; 2) soziale Diskriminierung zu verhindern; 3) anzuerkennen, dass Geschichten von Behinderung vorwiegend Geschichten von Gewalt sind und 4) emotionale Absicherung auch dann zu geben, wo üblicherweise Vernunft abgesprochen wird und „Behandlung“ statt Assistenz beginnt (S. 138).

Und selbst, wenn die Abschaffung der Institutionen an sich gegenwärtig nicht möglich erscheint, ergeben sich aus diesem In-Frage-Stellen neue Perspektiven. „Obwohl eine Auflösung zumindest mittelfristig nicht möglich ist, und wenn, dann auch ohne zusätzlichen Schaden für ihre ehemaligen Bewohner/innen und für die Versorgung der Region geschehen müsste, gibt es sehr wohl die Perspektive zur Wiedergewinnung von Lebensqualität, für deren Realisierung alles zu tun ist“ (Jantzen, 2003, S. 17).

Die erste Antwort, die auf institutioneller Ebene für diese sich verändernden Bedingungen in den vergangenen Jahren gefunden wurde, ist der Weg weg von der Angebotsorientierung hin zur Orientierung an der Qualität von Dienstleistungen (Wacker, Wansing & Hölscher, 2003; Beck, 2005b, spricht in diesem Zusammenhang von der Input zu Output-Orientierung). Diese Neuorientierung mündet in dem Stichwort der Personenzentrierten Hilfe, die an der inneren Organisation der Hilfen, ihrer Planbarkeit und Ausgestaltung, sowie ihrer Finanzierung ansetzt und der ein großes Potential zugesprochen wird (vgl. zum Überblick Schädler et al., 2005; hierin besonders Schwarte, 2005; aber auch Nußbicker, 2008; KVJS, 2005; MGSFF, 2003). „Nimmt man die Personenzentrierung ernst und benützt den Begriff nicht nur als Worthülse und ist der personenzentrierte Ansatz in den Köpfen der Profis angekommen statt in Form von Hilfeplänen in den Regalen zu verstauben, denn entwickelt sich eine unaufhaltbare Dynamik“ (Meinlschmidt, 2004, S. 15). Sie stößt aber auch auf Kritik, z.B. bei Dörner (2004), der die Marktorientierung des Ansatzes kritisiert, der Zweifel an der generellen Planbarkeit von Hilfe hat und der insbesondere weniger eine Personenzentrierung für nötig hält

als vielmehr eine Gemeindezentrierung (Dörners Kritik ist aber auch von Schulte-Kemna, Armbruster & Kluza, 2004, widersprochen worden).

Um den letzten Kritikpunkt Dörners aufzugreifen: Die beschriebenen Veränderungen verlangen von der institutionellen Behindertenhilfe eine Hinwendung nach außen, in die Gesellschaft hinein. Es ist Aufgabe der Träger und Leitungen darauf hinzuwirken, dass sich die Gesellschaft in ihrem Umgang mit dem Fremden verändert, oder anders ausgedrückt, den „Krieg als Gesellschaftszustand“ (Jantzen, 1997) beendet. Wenn soziale Arbeit mit Gröschke (2004, S. 5) sich als „Menschenrechtsprofession“ verstehen sollte, müsste dies auch für soziale Institutionen bedeuten, Menschenrechtsinstitutionen zu sein und dies laut in die Gesellschaft hinein zu bekunden. Da wo sie dies nicht kann, müsste sie reflektieren, was sie daran hindert.

Ein humanes Leben aller Mitglieder der Gesellschaft wird nur mit behinderten Menschen gelingen, nicht ohne sie. Die vermeintliche Hoffnung, sie aus einem wie auch immer gearteten normalen Leben heraus zu halten, erscheint wie Piagets Lehrsatz zur kognitiven Entwicklung von Kindern: „Aus dem Blick – aus dem Sinn“. Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Sinn zu verlieren, geschieht sicherlich nicht nur unter ökonomischen Überlegungen einer effizienteren Versorgung. Sie aus dem Sinn zu verlieren, geschieht wohl eher, keinen Sand ins Getriebe der Normalität geraten zu lassen. Wenn der Andere ein Teil in mir ist, dann ist auch behindertes Leben ein Teil in mir und damit die Auseinandersetzung letztlich mit einem anderen – aber für jeden potentiell möglichen – Leben. Diese Auseinandersetzung erhöht womöglich nicht das Wohlbefinden, aber sie erweitert das eigene Denken, Fühlen und Handeln hin zu einem vollständigeren Leben.

Für die Gesellschaft bedeutet dies, sich dem Anderen zu öffnen, die Vielfalt menschlichen Lebens zu akzeptieren, seine Teilhabe zu ermöglichen sowie zu fördern und damit die zahlreichen gesellschaftlichen Exklusionen abzubauen (Hinz, 2002; Steinhart, 2008; Wacker, 2008).

An zahlreichen Stellen werden Vorschläge für Veränderungen auf den unterschiedlichen Ebenen der Behindertenhilfe gemacht (vgl. z.B. Seifert, 1997b, S. 368 ff.). Bartelt (2005) fasst als notwendige Fragestellungen in diesen Veränderungsprozessen zusammen:

- für unsere Gesellschaft: Ist „Selbstbestimmung“ auch ein Recht des Einzelnen, wenn sie unsere Gesellschaft finanziell mehr belastet? (Das würde auch beantworten, ob „Selbstbestimmung“ oder „Betriebswirtschaft“ das zur Zeit herrschende Paradigma ist).
- für die Institutionen: Ist „innere“ Integration ein unverzichtbarer Teil des Denkens und Handelns geworden oder schließen wir innerlich bestimmte Zielgruppen von der Teilhabe an bestimmten Angeboten weiter aus „fachlicher“ Sicht aus?
- für die Betroffenen: Haben sie eine Stimme oder wird ihnen diese gegeben und wird diese auch gehört (S. 69 f.)?

Die zweite Antwort auf die veränderten institutionellen Anforderungen, die in den vergangenen Jahren diskutiert wird, steht im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung: das Deinstitutionalisieren.

Wohnst du noch oder lebst du schon?
IKEA

Das Ziel richtiger Praxis ist ihre Abschaffung.
Theodor Ludwig Wiesengrund-Adorno

5. Die Antwort: Deinstitutionalisieren

Der beschriebene Problemaufriss verlangt Antworten von einem sich verändernden Hilfesystem. Die mitunter spannendste Frage erscheint dabei die Frage der Gestaltung von Lebensräumen von und für behinderte Menschen, die ein Empowerment ermöglichen. Diese Räume stellen zunächst Orte für das Wohnen dar, werden aber in der erweiterten Fassung von Lebensqualität zu Orten für das Leben, in denen sich Entwicklung vollzieht. Sie sind zudem Orte, an denen Menschen zeitweise arbeiten. Insofern beinhalten diese Räume Idealerweise auch Möglichkeiten für eine persönlichkeitsförderliche Arbeit. Sie stellen den strukturellen Rahmen für sich darin ergebene Beziehungen und bedingen die inhaltliche Ausgestaltung dieser Beziehungen. Als Antwort für die Herausforderungen der Gestaltung dieser Lebensräume wird in den vergangenen 25 Jahren auf breiter Ebene das Deinstitutionalisieren diskutiert. „Selbstbestimmtes Leben‘ ist vom Prinzip her mit einem fremdbestimmten System nicht vereinbar. Ent-Institutionalisierung ist deshalb der konsequenteste Weg, ‚Selbstbestimmtes Leben‘ für behinderte Menschen zu realisieren, zum einen durch einen sozialpolitischen Umbau der Heime selbst, zum anderen durch Förderung selbstbestimmter Lebens- und Wohnformen ohne Ausgrenzung“ (Bradl, 1996b, S. 200). Und auch Jantzen (1999b) sieht: „Qualität in Einrichtungen für Behinderte kann sich nur als Deinstitutionalisierung bestimmen“ (S. 236).

Im folgenden Kapitel sollen die unterschiedlichen Konzepte, ihre historische Entwicklung, ihre international unterschiedliche Umsetzung und schließlich konkrete Erfahrungsberichte mit verfügbaren empirischen Daten vorgestellt werden.

5.1. Begriffsklärung

Die Nomenklatur im Zusammenhang mit der sich verändernden Gestaltung von Lebensräumen für behinderte Menschen ist so vielfältig wie deren konzeptionellen Grundlagen, insofern wird eine nähere Beschreibung der wichtigsten Begriffe nötig: Enthospitalisierung, Entpsychiatisierung, Umhospitalisierung, Dezentralisierung, Deinstitutionalisierung.

5.1.1. Enthospitalisierung und Entpsychiatisierung

Vor dem Hintergrund, dass historisch viele Menschen mit und ohne geistige Behinderung entsprechend einer pathologisierenden Diagnostik in psychiatrischen Kliniken dauerhaft untergebracht waren, entstand einer engen Definition folgend der Begriff der Hospitalisierung als „Unterbringung

in einem (psychiatrischen) Krankenhaus" (Hoffmann, 1999, S. 17). Dabei wurde in ihrer Geschichte die Psychiatrie ein „Auffangbecken" (Droste, 2000, S. 125) mit Versorgungsverpflichtung für alle Menschen, die aufgrund mangelnder Angebote durch das Netz vorhandener Hilfesysteme fielen und für manche Menschen wurde sie der „einzig adäquate Platz, an dem diese Personen nicht zu problematisch und auffällig sein konnten" (S. 126).

Über die Struktur des Ortes hinaus beschreibt Hospitalisierung in seiner erweiterten Definition einen Inhalt, der durch isolierende, depersonalisierende und menschenunwürdige Lebensumstände gekennzeichnet ist und der massive psychische Folgen haben kann, wie z.B. Hospitalismus (Spitz, 1985). Durch veränderte gesellschaftliche und konkret sozialpolitische Rahmenvorgaben sollte nun diese Hospitalisierung abgebaut werden, um dadurch eine Normalisierung der Lebensumstände und eine Integration der betroffenen Menschen zu ermöglichen.

Baudisch (2000) definiert dementsprechend Enthospitalisierungsbemühungen:

Es handelt sich um die grundlegende Veränderung von Lebensbedingungen für eine Gruppe von Menschen, die aufgrund von geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen und Störungen in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie eingewiesen wurden, dort vielfach über Jahre und Jahrzehnte verbleiben mussten, ohne dass ihre individuellen Ressourcen auf angemessene Weise gefördert wurden und wirkliche Chancen für eine möglichst selbstbestimmte Lebensweise trotz der Bemühungen des Pflegepersonals objektiv nicht genutzt werden konnten (S. 241).

Enthospitalisierung beginnt historisch mit dem Abbau der psychiatrischen Langzeitunterbringung. Droste (2000) beschreibt als Leitlinien dieser Entpsychiatisierung von Menschen mit geistiger Behinderung u.a. folgende strukturelle Aspekte:

- Entpsychiatisierung bedarf sozialpolitischer Verankerung und den Einbezug aller Beteiligten;
- es gibt zur Entpsychiatisierung keine fachliche Alternative, die psychiatrische Versorgung ist entsprechend dem Normalisierungsgedanken auf die Akutversorgung zu beschränken;
- sie gelingt nur durch Vernetzung der vorhandenen Hilfsangebote und erfordert den Aufbau alternativer, ambulanter Versorgungsstrukturen;
- sie mündet in die Forderung nach dem Vorrang von „vernetzten ambulant-komplementären Hilfen vor klinisch-stationären" (S. 130), wobei sich die freien Träger von Behinderteneinrichtungen ihrer Verantwortung stellen müssen.

Als fachlich-konzeptionelle Aspekte seiner Leitlinien fordert Droste (ebd.):

- Einen grundlegenden Wertewandel der Behindertenhilfe, weg vom Konzept einer „nicht integrierbaren Restgruppe" (S. 132);
- dementsprechend soll Entpsychiatisierung mit den schwierigsten Personen beginnen;
- inhaltliche Konzepte sollen sich konsequent am Normalisierungsgedanken, an Selbstbestimmung, einer verbesserten Lebensqualität und einer verbesserten sozialen Integration orientieren;
- dies erfordert schließlich eine veränderte Rolle der Fachleute.

Er fasst für den Prozess der Entpsychiatisierung zusammen (ebd.):

Abkehr von überbehütenden Einrichtungs- und Helferphilosophien zugunsten emanzipierender Betreuungsansätze impliziert die Stärkung von Partizipations- und Kontrollmöglichkeiten für geistig be-

hinderte Menschen und ihre Angehörigen auf allen Ebenen (Förderung der Selbstorganisation und der institutionellen Mitbestimmung über Heimbeiräte, Einrichtung von regionalen Beschwerde- und Kontrollstellen, Beteiligung an kommunalen Planungs- und Entscheidungsgremien, an Fachkongressen u.a.m.) (S. 135).

Bradl (1996b) unterscheidet dabei für die Enthospitalisierung zwischen a) institutionellen Lösungen, z.B. durch Dezentralisierung und Regionalisierung mit dem Aufbau neuer, in der Regel kleiner Wohnformen, und b) nicht-institutionellen Lösungen durch den Auf- und Ausbau des ambulant betreuten Wohnens. „Demzufolge umfasst Enthospitalisierung ein breites Spektrum politischer, strukturverändernder und pädagogischer Maßnahmen, die darauf zielen, für (ehemals) fehlplatzierte Menschen Lebensbedingungen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, entsprechend ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen integriert zu leben“ (Hoffmann, 1999, S. 20).

Hoffmann betont dabei zwei Aspekte von Enthospitalisierung (ebd.):

Wesentliche Aspekte der *formalen Enthospitalisierung* sind:

- räumliche, funktionale und organisatorische Integration
- Dezentralisierung
- Regionalisierung
- Schaffung gemeindeintegrierter, bedürfnisorientierter, häuslicher Wohneinheiten
- Selbstversorgungsprinzip
- Verwirklichung einer demokratisch-partnerschaftlichen Organisationsstruktur.

Als zentrale Aspekte *inhaltlicher Enthospitalisierung* gelten:

- soziale, personale und gesellschaftliche Integration
- Gewährleistung eines normalen Tages-, Wochen- und Jahresrhythmus und eines normalen Lebenslaufs
- Mit- und Selbstbestimmung der BewohnerInnen
- Ermöglichung einer angemessenen Beziehung zwischen den Geschlechtern, z.B. Voraussetzungen schaffen für das Zusammenleben von Frauen und Männern, Bejahung von Partnerschaften und Liebesbeziehungen
- Alltagsbegleitung bzw. Assistenz als Hilfe zur Selbsthilfe
- Emanzipation und Autonomie entsprechend den jeweiligen Möglichkeiten
- Beachtung und Respektierung der Person, ihrer Bedürfnisse und Fähigkeiten
- Arbeits-, Bildungs- und Freizeitmöglichkeiten außerhalb des Wohnbereichs
- psychosoziale Angebote zur Bewältigung bzw. Kompensation von psychischen Krisen, Verhaltensauffälligkeiten oder Hospitalisierungssymptomen (z. B. Einzelhilfen oder Praxisberatung zur Bewältigung von Gewalterfahrungen)
- gesundheitsfördernde und -erhaltende Maßnahmen bzw. Hilfen (S. 20 f., Hervorhebung im Original).

Für einen gelingenden Veränderungsprozess fordert sie: „Wichtig erscheint die Dialektik von Form und Inhalt, weshalb formale und inhaltliche Enthospitalisierung möglichst gleichzeitig erfolgen sollten. Wird nämlich eine Seite vernachlässigt, kann sich dies nachteilig auf die andere auswirken“ (S. 21).

Die Gefahr, die sich aus der unzureichenden Berücksichtigung der beschriebenen formalen und inhaltlichen Aspekte der Enthospitalisierung ergibt, wird begrifflich als Umhospitalisierung gefasst.

5.1.2. Umhospitalisierung

Die Umhospitalisierung beschreibt die Veränderung der äußeren Struktur der Versorgung, ohne dass inhaltliche Aspekte der Hospitalisierung verändert werden. Es findet praktisch keine Veränderung der Lebensqualität für die betroffenen Personen statt. Diese Feststellung basiert auf unterschiedlichen Erfahrungen mit Ausgliederungsversuchen und wird an den finanziellen Rahmenbedingungen fest gemacht: „Angesichts des steigenden Kostendrucks auf den Sozial- und Gesundheitsbereich, mit negativen Folgen für die Versorgungsqualität in den Behinderteneinrichtungen, sind zahlreiche Ausgliederungsvorhaben quasi in ‚Umhospitalisierungen‘ in Großheime der Behindertenhilfe versandet, ohne dass schwer geistig behinderte Menschen tatsächlich in wohnortnahe, differenzierte Verbundsysteme integriert werden konnten“ (Droste, 2000, S. 127).

Hoffmann (1999) unterscheidet erneut formale und inhaltliche Aspekte der Umhospitalisierung (ebd.):

Die *formale Umhospitalisierung* kann z.B. charakterisiert sein durch:

- unzureichende Verwirklichung räumlicher, funktionaler und organisatorischer Integration
- Unterbringung in (neuen bzw. anderen) großen Einrichtungen
- zu große Wohngruppen
- fehlende Trennung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit
- zentrale Versorgungsstrukturen anstatt Selbstversorgungsprinzip
- unzureichende Umsetzung des Dezentralisierungsprinzips
- unzulängliche Verwirklichung des Regionalisierungsprinzips (z.B. aufgrund fehlender gemeinde-integrierter Wohn- und komplementärer Hilffssysteme sowie entsprechender Kriseninterventionsmöglichkeiten)
- eine hierarchisch-autoritäre Organisationsstruktur (nach dem Modell "Krankenhaus" oder "Anstalt")
- klinisch-pflegerisch orientiertes Wohnumfeld anstatt einer häuslichen Wohnraumgestaltung.

Die *inhaltliche Umhospitalisierung* kann u.a. gekennzeichnet sein durch:

- unzureichende Ermöglichung sozialer, personaler und gesellschaftlicher Integration
- mangelnde Akzeptanz und Respektierung der Betroffenen und ihrer Bedürfnisse, Wünsche, Vorstellungen, Kompetenzen
- Fremdbestimmung
- Isolation
- unzulängliche Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen
- fehlende regelmäßige Arbeits-, Bildungs- und Freizeitmöglichkeiten außerhalb des Wohnbereichs
- fehlende bzw. unzureichende Ermöglichung von angemessenen Beziehungen zwischen den Geschlechtern
- klinisch-pflegerisch dimensionierte Konzeption einer Alltagsbegleitung
- unzureichende gesundheitsfördernde und -erhaltende Maßnahmen
- fehlende psychosoziale Hilfe (S. 22 f., Hervorhebung im Original).

5.1.3. Dezentralisierung und Ambulantisierung

Besonders der Begriff der Dezentralisierung wird in der bundesdeutschen Diskussion häufiger verwendet (Metzler & Rauscher, 2005). Er fokussiert besonders die Reduzierung einer hohen Konzentration von zumeist überregional versorgten Menschen an einem Ort mit dem Ziel der Schaffung kleinerer Einheiten, die Idealerweise so regionalisiert sind, dass die Herkunftsorte der Menschen berücksichtigt werden können. Die Dezentralisierung beschreibt damit einen Umwandlungsprozess großer Behinderteneinrichtungen, die traditionell an einem Standort gegründet und sich dort weiterentwickelt haben. Dabei handelt es sich mitunter um Institutionen, die den Charakter von Dörfern haben und die durch das Vorhalten unterschiedlichster Angebote in hohem Maße autark von ihrem Umfeld bestanden und immer noch bestehen. Als sogenannte Komplexeinrichtungen verfügen sie über Angebote zum Wohnen, Arbeiten, für die Bildung, Freizeitangebote, häufig über eine eigene medizinische Versorgung durch Spezialisten, technische und andere Dienste. Oftmals leben in diesen Institutionen auch die Menschen, die in der Institution arbeiten, da ihnen dort günstiger Wohnraum angeboten werden kann.

Da diese Institutionen weniger unter klinischen Aspekten geführt wurden, findet auf diese die Bezeichnung Enthospitalisierung oftmals keine Anwendung. Daher wird hier der Begriff der Dezentralisierung verwendet, wenn diese Institutionen beginnen, kleinere Wohneinheiten außerhalb des Hauptstandorts zu schaffen. Diese Außenwohngruppen oder kleinen Wohneinrichtungen finden sich dann häufig in der Region verteilt und haben den Anspruch, eine höhere Teilhabe der Menschen, die in ihnen leben, am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Aber auch hier wird die Gefahr gesehen, dass Dezentralisierung lediglich zu einer „Dekonzentration“ führt und beispielsweise durch die Aufrechterhaltung von zentralen Serviceleistungen weiterhin einer „Institutionslogik“ gefolgt wird (SMBW, 2005, S. 15).

Die Dezentralisierung wird in den vergangenen Jahren eingebettet in die Forderung nach einer umfassenden Ambulantisierung der Behindertenhilfe. Damit soll eine Reduzierung aller stationären Angebote an Hilfen einhergehen. Doch mit Beck (2009) muss daran erinnert werden, dass bei der Forderung nach Ambulantisierung ihr Gegenpol weniger die stationäre Hilfe ist, als vielmehr die institutionelle Hilfe, die sich eben auch in einem ambulanten Setting konstitutionalisieren und dementsprechend auch hier die Forderung nach Deinstitutionalisieren bestehen kann.

5.1.4. Deinstitutionalisierung¹⁹ und Deinstitutionalisieren

Während das Konzept der Enthospitalisierung eher die Folgen von einschränkenden Lebensbedingungen und ihre Reduzierung fokussiert, beleuchtet das Konzept der Deinstitutionalisierung mehr die Ursachen und deren Beseitigung.

¹⁹ Bereits 1985 verwendet Probst den Begriff der Deinstitutionalisierung und stellt ihn in den Kontext der Forderung nach Normalisierung der Lebensbedingungen behinderter Menschen. Erdheim (1986) verwendet den Begriff in einem weiteren Zusammenhang, um auf die Gefahr hinzuweisen, dass in der historischen Entwicklung die Psychoanalyse durch ihre zunehmende Institutionalisierung die ihr enthaltene Tendenz zur Kulturkritik korrumpiert.

So kritisiert Dörner (1999) aus mehrfachen Gründen den Begriff der Enthospitalisierung und entsprechende Konzeptionen, u.a.:

Politisch sind mit „Enthospitalisierung“ immer mehr Programme gemeint, die von übergeordneten Verwaltungsinstanzen (Betriebsleitungen, Krankenhaussträger) mit dem Ziel vorgegeben werden, Menschenmassen (z.B. in den nächsten zwei Jahren 200 Langzeitpatienten) aus einem Hospital zu entfernen; daher ist es kein Wunder, dass bei einem solchen unadäquaten und unmenschlichen Vorgehen, das in Wirklichkeit nur als extrem persönliche und individuelle Beziehungsarbeit erfolgen kann, in der Regel nur Umhospitalisierungen – etwa in ein Heim – zustande kommt (S. 311, Hervorhebung im Original).

Deinstitutionalisierung hat in der deutschsprachigen Diskussion zwei grundlegende und immer wieder zitierte Anknüpfungspunkte.

Dies ist zunächst die Untersuchung von Goffman zur Analyse totaler Institutionen, unter dem Titel "Asyle", erstmals 1961 erschienen, seit 1972 in deutscher Sprache zugänglich. Jantzen (1999a) stellt dabei den Zusammenhang her zwischen Eigentümlichkeiten von Menschen in Institutionen der Behindertenhilfe und den Insassen anderer totaler Institutionen, z.B. psychiatrischen Anstalten, Kasernen, Internaten, und analysiert die zugrundeliegenden Strukturen:

All diese Strukturen einschließlich der geringen Verfügungsgewalt über persönliche Dinge bedeuten massive Angriffe auf das Selbst der Internierten, auf die, je nach Kompetenz und Schwere des Angriffs, mit unterschiedlicher Verhaltensweisen reagiert wird, die Goffman nach fünf Formen unterscheidet:

- *Rückzug aus der Situation, Regression, Stumpfsinn* (dies entspräche den „torpiden“ geistig Behinderten);
- *Kompromisslosigkeit und Verweigerung der Mitarbeit* (dies entspräche z.T. den „erethischen“ geistig Behinderten);
- *Kolonisierung*: Anpassung an die Bedingungen der Anstalt und Entwicklung einer dort optimalen Lebensstrategie, häufig verknüpft mit Strategien des „Unterlebens“. In diesen Strategien ist das eigene Territorium (Zimmer, Sessel, Bett usw.) und der eigene Besitz (z.B. in Form des Hortens seltsamer Gegenstände) „überdeterminiert“, hat herausragende Bedeutung für die Aufrechterhaltung des Selbst.
- *Konversion*: Die Ziele der Einrichtung werden von den InsassInnen übernommen und leidenschaftlich vertreten.
- *Opportunistische Kombinationen* der verschiedenen Strategien.

Symptome wie selbstverletzendes Verhalten, Aggressionen und Stereotypen (...) sind demnach aus soziologischer Perspektive ein Resultat der Wirkweise von (totalen) Institutionen (S. 207, Hervorhebung im Original).

Diese Verhaltensweisen von Menschen in totalen Institutionen sind demnach nicht nur reaktiv zu verstehen, sondern können psychologisch als aktive Bewältigungsstrategien (Brandstädter & Renner, 1990; vgl. Kapitel 2) gesehen werden, nur dass sie dabei extrem persistierende Ausprägungen annehmen.

Die zweite Herangehensweise an die Deinstitutionalisierung erfolgt über die Untersuchungen von Wolfensberger 1971 (auf Deutsch 1991 veröffentlicht) über die menschenunwürdigen Zustände und gegen die Bürgerrechte verstoßenden Lebensbedingungen in großen Wohnheimen in den USA. Anstalten (institutions) sind demnach "a deindividualizing residence in which retarded persons are

congregated in numbers distinctly larger than might be found in a large family; in which they are highly regimented; in which the physical or social environment aims at a low common denominator; and in which all or most of the transactions of daily life are carried out under one roof, on one campus, or in a largely segregated fashion" (Wolfensberger, 1971, S. 15, zitiert nach König, 1986, S. 274).

Deinstitutionalisierung wird zunächst als ein Prozess der "Entleerung von Anstalten" (König, 1986, S. 203) verstanden: Deinstitutionalisierung (deinstitutionalization) „is defined as the reduction in the number of admissions to public institutions, the development of alternative community methods of care, the return to the community of those individuals capable of functioning in a less restrictive environment, and the reform of public institutions to improve the quality of care provided" (Willer & Intagliata, 1984, S. 3, zitiert nach König, 1986, S. 203).

Im weiteren Diskurs werden stärker die mit Institutionen einher gehenden Machtstrukturen und Aspekte struktureller Gewalt beleuchtet und Wege zu ihrem Abbau gesucht. Deinstitutionalisierung wird dann zu einem Prozess des Abbaus eines institutionellen Charakters von Wohnformen. So wird auch von Ent-Institutionalisierung gesprochen (z.B. Bradl, 1996b), wobei Dörner (1999) zu Recht darauf hinweist, dass Wörter mit „Ent-“ immer eine Verrichtung darstellen, denen der menschliche Charakter verloren geht. Weber (2004) schließlich betont den Prozesscharakter, der mit der Deinstitutionalisierung einher geht und der weit über die Veränderung von formalen Aspekten von Wohnformen hinaus geht. Er verwendet dementsprechend die Formulierung des Deinstitutionalisierens, die aus den gleichen Gründen in der vorliegenden Arbeit verwendet wird.

Zusammenfassend kann Deinstitutionalisieren als ein Prozess verstanden werden, „in dem institutionelle, organisatorische, bürokratische Formen der Fremdverwaltung des Lebens behinderter Menschen abgebaut werden und ihnen die Gestaltungskompetenz für ihr tägliches Leben (schrittweise) wieder übereignet wird" (Metzler & Rauscher, 2005, S. 2).

Weber (2004) legt mit seiner Dissertation die vermutlich umfassendste Konzeption des Deinstitutionalisierens vor, in der er auf der Basis seiner Analysen der Disability Studies, der materialistischen Behindertenpädagogik, der kulturhistorischen Schule und neurobiologischen Erkenntnissen folgende Aspekte des Veränderungsprozesses beschreibt: Sich Zeit lassen, die Qualität der Arbeit in den Institutionen neu gestalten, „Insassen" (ebd.) wahl- und entscheidungsfähig machen, die Kranken- in Lebensgeschichten umschreiben, eine Rehistorisierung wagen, Gewaltverhältnisse abbauen, neue Formen des Wohnens sowie eine Verlagerung von Aktivitäten aus den Institutionen heraus ermöglichen.

Hoffmann (1999) fasst für die Gegenüberstellung der Konzepte Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung zusammen:

Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung können entsprechend der oben anskizzierten Darstellung als zwei Seiten desselben Prozesses verstanden werden. Sie unterscheiden sich, geht man von einem weiten Begriffsverständnis aus, im Prinzip nur durch den Blickwinkel sowie das zugrunde liegende begriffliche Vorverständnis der jeweiligen BetrachterInnen, d.h. letztendlich darin, welche Aspekte zuerst wahrgenommen bzw. stärker gewichtet werden. Schaut man zuerst auf die Auswirkungen von Hospitalisierungsprozessen und auf die Möglichkeiten, ihnen sichtbar zu begegnen (...), so wird überwiegend von Enthospitalisierung gesprochen. Betrachtet man jedoch in erster Linie die da-

hinterstehenden zwischenmenschlichen Beziehungen und Handlungszusammenhänge sowie die Strukturen in totalen Institutionen und strebt man diesbezüglich entsprechende Veränderungen an, wird der Begriff der Deinstitutionalisierung favorisiert. Auf der handlungspraktischen Ebene zielt sowohl Deinstitutionalisierung als auch Enthospitalisierung letztendlich auf ein gleichberechtigtes, sinnerfülltes und gestaltetes Leben in der Gemeinde (S. 25 f.).

5.2. Historische Entwicklung in der BRD und der ehemaligen DDR

In diesem Abschnitt wird lediglich die Entwicklung um Deinstitutionalisieren der vergangenen 35 Jahre beschrieben (vgl. Fußnote 6). Weber (2004) stellt das Deinstitutionalisieren in den erweiterten historischen Kontext der Arbeiten von Itard und Séguin, die sich bereits im 19. Jahrhundert um die Überwindung der sozialen Isolation von behinderten Menschen bemühten. „Beide haben die bestimmende Rolle des Sozialen bei der Konstruktion dessen, was wir heute Behinderung nennen, erkannt und die Überwindung der sozialen Isolation der ihnen anvertrauten Menschen gefordert und konzeptionell umzusetzen versucht. Itard, indem er sich bewusst von dem sozialen Ort Anstalt abwendet und eine Erziehungssituation in häuslicher Atmosphäre schafft, Séguin, indem er die Lebensbedingungen in den Anstalten zu verbessern versucht“ (S. 38; vgl. auch Rohrmann, 2005).

Das Deinstitutionalisieren in Deutschland vollzieht sich in den zurückliegenden 35 Jahren mit zwei Zielrichtungen, die sich inhaltlich und zeitlich überschneiden.

Die erste Richtung betrifft vorrangig den psychiatrischen Langzeitbereich und zielte zunächst darauf ab, für Menschen mit seelischer und vorrangig leichter geistiger Behinderung, die in psychiatrischen Langzeitbereichen fehlplatziert waren, neue, ambulante, regionale, gemeindeintegrierte Angebote zu schaffen.

Diese Entwicklung beginnt in der BRD in den 1970er Jahren mit der Psychiatrie-Enquête (1975), die deutliche Veränderungen der psychiatrischen Versorgung im Lande nach sich zog (vgl. zum Überblick Aktion Psychisch Kranke, 2001). Auslöser dieser Reform waren zunehmende Missstände in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aus zwei Richtungen heraus neu diskutiert wurden. Die erste Richtung stellte die herkömmliche Institution der Psychiatrie als solche in Frage. Mit Bezug auf Foucault (z.B. 1973) arbeitete die Anti-Psychiatrie-Bewegung die historische Bedeutung von Psychiatrien als Orte der Internierung und der Disziplinierung heraus. Zusätzlich unterstützten Untersuchungen, allen voran die bereits vorgestellte von Goffman zu totalen Institutionen, wie die Strukturen innerhalb von Psychiatrien erst pathologische Symptome erzeugen und verstärken. Die zweite Diskussionsrichtung ergab sich aus dem veränderten Bild auf Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer damit einher gehenden sogenannten Fehlplatzierung in den Psychiatrien, die 1975 auf 18.000 Menschen mit geistiger Behinderung geschätzt wurde (Psychiatrie-Enquête, 1975, 17). Während die alte Lehrmeinung noch Menschen mit geistiger Behinderung als „lernunfähig“, „pflegebedürftig“ und damit „klinisch behandlungsbedürftig“ (Droste, 2000, S. 126) sah und gleichzeitig keine ausreichenden Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung standen, wurde die Psychiatrie zu einem „Sammel- und Auffangbecken“ für fast 20 % aller Menschen mit geistiger Behinderung (Theunissen, 1996, S. 67). Die eingeleiteten Veränderungen „reichen von einer Verbesserung der Lebensbedingungen **innerhalb** (Betreuung in einer besonderen Gruppe,

Konzeption von heilpädagogischen Gruppen oder Heimen auf dem Psychiatriegelände, Beschäftigung von pädagogisch vorgebildetem Personal auf Psychiatriestationen mit geistig behinderten Menschen, Verringerung der Gruppenstärke, geeignete Förderangebote) bis hin zur Schaffung der verschiedensten Wohn- und Lebensräume **außerhalb** (Eingliederung der ehemaligen Patienten in bestehende Heim-, Pflegeeinrichtungen und Anstalten, Wohnheime oder in gemeinwesenintegrierte, überschaubare Wohngruppen) der psychiatrischen Einrichtungen" (Dalferth, 2000, S. 9, Hervorhebung im Original).

Im Zuge der anschließenden 15 Jahre verkürzte sich entsprechend die durchschnittliche Verweildauer in Psychiatrien um mehr als die Hälfte, genauso wie die Bettenzahl (vgl. Salize, Rössler & Becker, 2007; Haug & Rössler, 1999). Gleichzeitig wurden psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut, ebenso wie Institutsambulanzen und ambulante Sozialpsychiatrische Dienste. Die ehrenamtliche Arbeit wurde ausgeweitet, es gründeten sich zahlreiche Vereine, die sich der Betreuung von Menschen mit chronischen psychischen Störungen annahmen. Neue Arbeitsmöglichkeiten entstanden und differenzierte Wohngemeinschaften und Wohnformen wurden geschaffen.

Dalferth (2000) schränkt die positive Entwicklung im psychiatrischen Langzeitbereich jedoch dahingehend ein, dass weiterhin deutliche Versorgungsunterschiede zwischen den Bundesländern bestanden, sich ambulante Angebote nicht überall in gewünschtem Maße durchsetzen konnten und schließlich die Vielzahl an Angeboten noch nicht ausreichend in einem „gemeindepsychiatrischen Verbund" (ebd.) koordiniert waren.

Darüber hinaus stellt er (ebd.) fest, dass die ambulanten Angebote vorrangig von Menschen mit seelischer Behinderung und Menschen mit leichter geistiger Behinderung genutzt wurden, während es für Menschen mit schwerer geistiger oder mehrfacher Behinderung oftmals keine angemessenen Wohnformen außerhalb des psychiatrischen Langzeitbereichs gab (S. 23). Selbst in der durch die Bundesregierung eingesetzten Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie wird diese Personengruppe „ausgeklammert" (BMJFFG, 1988, zitiert nach Dalferth, 2000, S. 23), mit der Begründung, „stärker behinderte und schon jahrzehntelang hospitalisierte Patienten, die den Bezug zu ihrer Herkunftsregion verloren haben, werden beschützter Zonen in der Nähe des Krankenhauses bedürfen" (ebd.).

Für manche Langzeitpatienten ohne regionale Anbindung führte dies zu einer reinen Umhospitalisierung teilweise in den gleichen Räumlichkeiten oder auf dem gleichen Klinikgelände, wo der Bestand an Wohnraum weiter genutzt werden sollte. Die Lebenshilfe (Fachdienst der Lebenshilfe, 1996, zitiert nach Dalferth, ebd., S. 10) berichtet über eine Befragung von 140 Psychiatrien, wonach Langzeitpsychiatriepatienten zwar entlassen werden konnten, aber zu 70 % in Heime (davon 41 % in Einrichtungen mit über 80 Plätzen) und nur zu einem geringen Anteil in kleine Wohneinheiten. Vor diesem Hintergrund ergab sich die hohe Reduzierung der Bettenzahlen im psychiatrischen Langzeitbereich oftmals durch die einfache Umwandlung ganzer Abteilungen psychiatrischer Kliniken in pädagogische Einrichtungen, teilweise noch mit Verschlechterung der Lebensbedingungen (Dalferth, ebd., S. 25). Aus diesem Grund verhängte die Psychiatrie in Gütersloh noch Anfang der 1980er Jahre hierzu ein „Heimverlegungsverbot" (Dörner, 1998a, S. 37), um ein Abrutschen der Patienten in schlechtere Wohn- und Lebensverhältnisse zu verhindern.

Die Gefahr der verschlechterten Versorgung wurde auch von der Bundesregierung gesehen, weil „Langzeitpatienten in großem Umfang in Heime verlegt [wurden], wodurch sich zwar die Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern verringerte, die Situation der betroffenen Kranken und Behinderten aber nicht verbesserte und teilweise sogar verschlechterte, da bei der Auswahl von Langzeitheimen häufig nicht ausreichend auf eine gute Qualität der Unterbringung und Versorgung geachtet und noch weniger auf das Postulat Gemeindenähe Rücksicht genommen wurde“ (BMJFFG, 1988, zitiert nach Dalferth, ebd., S. 24). So beschreibt selbst der Magdeburger Appell von 1993 (veröffentlicht z.B. 1996) noch „die Gratwanderung zwischen der notwendigen Humanisierung bestehender Einrichtungen einerseits und der damit verbundenen Gefahr der Verfestigung neuer zentralistischer Strukturen andererseits“ (S. 254).

Die Situation in den Einrichtungen der ehemaligen DDR war Anfang der 1990er Jahre gekennzeichnet durch Zustände, die an die Situation vor der Psychiatrie-Enquête erinnerten (Theunissen, 1996, S. 74 f.; vgl. auch Lachwitz, 1994; Theunissen, 1992). Gleichzeitig führte die Analyse der Situation im Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR (L.d.P., 1991, zitiert nach Theunissen, 1996) zu Empfehlungen, die über die Psychiatrie-Enquête hinaus gingen. Es wurde explizit die Forderung nach Regionalisierung und gesellschaftlichen Integration aller Menschen mit geistiger Behinderung aufgenommen, schließlich sollte aus den Erfahrungen in den alten Bundesländern gelernt werden:

Für geistig behinderte Menschen muss ein eigenes Versorgungsnetz aufgebaut werden, für das dieselben Prinzipien gelten sollten wie in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter: wohnortnahe, differenzierte, abgestufte Hilfen im Rahmen regionaler Versorgungsverpflichtung – statt angebotsorientierte wohnortnahe Hilfen mit der Konsequenz der Konzentration von Schwerst- und Mehrfachbehinderten und Problempersonen in überregionalen Großeinrichtungen (psychiatrische Krankenhäuser, Heime, Anstalten) (S. 40, zitiert nach Theunissen, ebd., S. 77).

Besondere Bedeutung erhielten dabei die regionalen Verbundsysteme, die differenzierte Wohnangebote, Familienentlastende Dienste, Frühförderstellen, Tageseinrichtungen, unterschiedliche Arbeits-, Freizeit- und Bildungsangebote sowie beratende Fachdienste und Öffentlichkeitsarbeit aufbauen und koordinieren sollten (Theunissen, ebd., S. 76).

Erste Schritte zur Umsetzung erfolgten in Brandenburg mit der Schaffung dezentraler Einrichtungen mit maximal 40 Plätzen (vgl. Schlosser, 1994), andere neue Bundesländer zogen nach (Hahn, Eisenberger, Hall, Koepp & Krüger, 2003; Angermeyer et al., 2000; Baudisch, 2000; Theunissen, 1999; Hoffmann, 1999; Kuppe, 1998). Mit Theunissen und Hoffmann (1998) konnte festgehalten werden, dass es Ende der 1990er Jahre 20 Enthospitalisierungsprojekte in den neuen Bundesländern gab, die seit Beginn 1992 zum Umzug der Hälfte der ehemaligen Patienten geführt hatten, mehrere Regionalkonferenzen zum Aufbau der Versorgungsnetze stattgefunden und die Planung für weitere Schritte erfolgt waren, selbst wenn nicht alle Veränderungsschritte als ideal beschrieben wurden²⁰.

²⁰ Dörner (2000) berichtet anekdotisch vom damaligen Psychiatriereferenten des Landes Sachsen-Anhalt, der gesagt haben soll: „Wir haben gesehen, dass wir einen Fehler gemacht haben. Wir bauen jetzt nur noch Heime, die nicht mehr als 80 Betten haben“ (S. 20).

Zusammenfassend kann für die erste Zielrichtung des Deinstitutionalisierens in der BRD und ehemaligen DDR gesagt werden, dass psychiatrische Langzeitbereiche deutlich reduziert werden konnten. Die Enthospitalisierung der chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten in die Gemeinden hinein gilt dementsprechend überwiegend als abgeschlossen (Kallert, Looks, Leibe, Hoffmann & Franz, 2006)²¹. Die Fehlplatzierung von Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Langzeitbereichen wurde angegangen, aber betraf vorrangig nur ausgewählte Gruppen. Gewinner dieses ersten Abschnittes waren Menschen mit vorrangig chronischen psychischen Erkrankungen, mit seelischer Behinderung und überwiegend Menschen mit leichter geistiger Behinderung, für die sich oftmals die Lebensbedingungen verbesserten, teilweise aber nach dem Umzug auch verschlechterten.

Für die Situation in Deutschland im Jahr 2000 fasst Dalferth zusammen:

- Obwohl in einzelnen Regionen Langzeitbereiche vollständig aufgelöst wurden, befindet sich ein Großteil der Menschen mit schwersten geistigen Behinderungen und mit Verhaltensauffälligkeiten nach wie vor in klinischer Betreuung. (...)
- Der größte Teil aller Ausgegliederten, insoweit deren augenblickliche Wohn- und Lebenssituation eruiert werden konnte, lebt heute in anderen Krankenhausabteilungen oder Vollzeiteinrichtungen der Behindertenhilfe mit 80 oder mehr Plätzen.
- Es besteht keinerlei Gewissheit, in vielen Fällen bestehen eher berechtigte Zweifel, ob sich durch die Verlegung geistig behinderter Menschen aus der Klinik deren Lebensverhältnisse nachhaltig verbessern konnten.
- Bei den Entlassenen „Schwerstbehinderten“ oder „Langzeitpatienten“ fehlen genaue Angaben hinsichtlich ihrer psychischen und/oder geistigen Beeinträchtigungen und Ressourcen, die Rückschlüsse auf die Kompatibilität einer spezifisch konzipierten und jeweils auch geeigneten Wohnsituation zulassen. (...)
- Im Verlauf der 90er Jahre wurden Enthospitalisierungsmaßnahmen in den verschiedensten Bundesländern erneut forciert, jedoch mit der Vorgabe, nicht nur lebensweltnahe und normalisierte Wohn- und Betreuungsbedingungen zu schaffen, sondern zu gewährleisten, dass für den Kostenträger (überörtliche Sozialhilfeträger) keine zusätzlichen Kosten – von Ausnahmefällen abgesehen – entstehen (S. 27 f.).

Dabei variieren die Daten zum Teil deutlich. So schätzt die Lebenshilfe 1995, dass im vereinten Deutschland immer noch 19.000 Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen leben (Kräling, 1995a). Theunissen stellt 1996 fest:

Noch heute leben über 10.000 Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Dabei handelt es sich häufig um Langzeiteinrichtungen unter privater oder freier Trägerschaft, die bis heute kaum ins Gespräch gebracht worden sind. Dies hängt nicht nur mit der oft isolierten, im Grünen versteckten Lage dieser Krankenhäuser zusammen, sondern auch mit

²¹ Diese optimistische Aussage muss insofern kritisch hinterfragt werden, als dass besonders in den Bereichen Gerontopsychiatrie und Forensik neue Langzeitbereiche entstehen (vgl. zu den Grenzen und Gefahren der Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Menschen Haas, 2001). Ebenso gilt nicht nur für Menschen mit geistiger Behinderung, dass es eine „Restgruppe“ zu geben scheint, die „difficult-to-place“ ist, z.B. bestimmte Gruppen von Menschen mit chronisch schizophrener Störung (Franz, Meyer, Ehlers & Gallhofer, 2002; Meyer, Franz & Gallhofer, 2002). Auch eine bundesweite Befragung in psychiatrischen Kliniken ergab anhaltende Schwierigkeiten in der Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Menschen (Wolfersdorf, Ropers, Spancken, Moos, Berger, Adler & Reymann, 2002). Leibe und Kallert (2001) beschreiben beispielsweise anhaltende Unzulänglichkeiten bei der Enthospitalisierung schizophrener Patienten in Sachsen, vor allem hinsichtlich ihrer Autonomie und Selbstbestimmung.

Trägerinteressen, durch die Anstalten zur Verschwiegenheit und Abschirmung von der Außenwelt verpflichtet sind (S. 73).

Und 1999 schließlich schätzt Theunissen die Zahl auf 7.000 fehlplatzierte Personen in den alten Bundesländern, „wenn wir nicht nur die staatlichen Psychiatrien, sondern auch psychiatrische Krankenhäuser oder Pflegeheime in freier oder privater Trägerschaft berücksichtigen“ (Theunissen, 1999, S. 64). Für die neuen Bundesländer gibt er 1999 eine Zahl von ebenfalls 7.000 verbliebenen fehlplatzierten Personen an (S. 65).

Insofern geht die historisch zweite Zielrichtung des Deinstitutionalisierens weit über die psychiatrische Versorgung hinaus und betrifft bald die gesamte Behindertenhilfe. Institutionen beginnen, ihre Versorgungsstrukturen zu überdenken und zunehmend deutlich einen Prozess des Deinstitutionalisierens einzuleiten. Diesen Prozess bezeichnen Metzler und Rauscher (2005) als „interne Reform“, die darauf abzielt, durch Dezentralisierung, Regionalisierung, Verkleinerung der Wohneinheiten sowie der Schaffung vielfältiger und differenzierter Wohnformen die Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in Gemeinschaft von behinderten Menschen zu verbessern. Damit wird ein Trend aufgegriffen, der sich bereits in den USA und anderen europäischen Ländern abgezeichnet hatte.

Die Grundannahme dieser zweiten Welle besteht in der Überzeugung: „Nicht der einzelne Mensch ist zu schwierig, zu schwer behindert oder zu auffällig, sondern die institutionellen Strukturen erweisen sich vielfach als ungeeignet und fremdbestimmt“ (Bradl & Steinhart, 1996, S. 8). Dementsprechend zielt sie auf die Schwierigsten, die Schwächsten, die Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen. Denn damit ist auch – aus Sicht von Dörner (2003) – das moralische Dilemma derjenigen beschrieben, die sich um Ambulantisierung bemühen: „Wenn wir so weitermachen und immer mehr selbständigere Bewohner entlassen, bringen wir gerade durch diesen Erfolg unser eigenes Vorhaben zu Fall: Denn im selben Maße bleiben die Unselbständigen zurück, verdichten sich und bilden zum Schluss eine Konzentration der Unerträglichkeit, was weder für die Betroffenen noch für die Mitarbeiter auszuhalten ist“ (S. 26 f.). Vor diesem Hintergrund müsse sich entschieden werden, entweder dem Erhalten der „gesunden Mischung“ im stationären Kontext und möglicherweise bisherige Ambulantisierungsbemühungen rückgängig machen, oder dem konsequenten Auszug aller (ebd.). Dörner (1998a) formuliert von daher als „kategorischen Imperativ“: „Handle in Deinem Verantwortungsbereich so, dass Du mit dem Einsatz all Deiner Ressourcen (an Zeit, Kraft, manpower, Aufmerksamkeit und Liebe) immer beim jeweils Schwächsten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt“ (S. 25 f.). Hinter diesen Überlegungen steckt die moralische Diskussion, die beispielsweise Anfang der 1990er Jahre über einen „Ort zum Leben“ (Gaedt, 1992a; Haack, 1992; vgl. zusammenfassend auch Gaedt, 2007) geführt wurde. So sah Gaedt die zunehmende Gefahr, dass Integration und Normalisierung zur Schaffung von Schwerstbehindertenzentren führen müsse, denn „Integration und Normalisierung verliefen nach dem (...) beschriebenen Muster, d.h., um den Preis der Selektion“ (Gaedt, 1992a, S. 238).

Und die Fragen, die sich aus dieser Diskussion ergeben haben, besteht noch fort: Welchen Stellenwert haben Großeinrichtungen in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten und/oder mehrfachen und schweren Behinderungen? Wie sind diese zu gestalten? Was brauchen sie, um „Orte zum Leben“ zu sein? Und können sie das jemals werden?

Hierzu wurden entsprechende Konzepte gesucht und entwickelt (beispielsweise die Redaktion Geistige Behinderung, 1999, zum Projekt „Lebensräume – selbstbestimmt wohnen“; aber auch Theunissen, Dieter & Neubauer, 2002, für Menschen mit schwerer Behinderung; Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2004, für Menschen mit autistischer Störung)²². Grundsätzlich stellte Theunissen hierbei bereits 1987 für Wohngruppen mit schwerkognitiv- und mehrfachbehinderten Erwachsenen fest:

Insgesamt sind die im Rahmen solcher Wohnprojekte gewonnenen Ergebnisse konstruktiv und von hohem Erfahrungswert: Sie belegen, dass sich auch Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung unter häuslichen Wohnbedingungen in ihrem Verhalten und Erleben positiv verändern und entwickeln können. (...) In diesem Zusammenhang sollte für uns die Frage nach den Chancen einer Integration schwerstgeistig-, schwer- und mehrfachbehinderter Erwachsener quasi der „Prüfstein“ jeglicher Diskussion auf dem Gebiet der Behindertenbetreuung sein (S. 191 f.).

In den zurückliegenden Jahren haben sich dabei viele Einrichtungen auf diesen „schweren Weg der Deinstitutionalisierung“ (Baudisch, 2000) eingelassen.

5.3. Internationaler Vergleich

Mittlerweile liegen zahlreiche Veröffentlichungen über die unterschiedlichen Formen von Betreuungen und Wohnsituationen für behinderte Menschen im internationalen Vergleich vor (z.B. Dalferth, 2000; 1999; Hofe, 2000; Bradl & Steinhart, 1996; aber auch schon Kasztantowicz, 1986). Aktuell wurde der Stand über das Deinstitutionalisieren in 28 europäischen Ländern umfassend untersucht (Mansell, Knapp, Beadle-Brown & Beecham, 2007; vgl. auch Beadle-Brown & Kozma, 2007):

Das Ziel des vorliegenden Projekts bestand darin, die vorhandenen Informationen über die Anzahl von behinderten Menschen zusammenzutragen, die in den 28 europäischen Mitgliedsländern in stationären Einrichtungen leben, und zu ermitteln, wie die Umstellung von stationären Einrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste möglichst erfolgreich durchgeführt werden könnte. Besonderes Augenmerk wurde hierbei auf die wirtschaftlichen Aspekte des Umstellungsprozesses gelegt. Es handelt sich um die umfangreichste Studie dieser Art, die jemals durchgeführt wurde (S. 1).

²² Diese Fragen spiegeln sich auch in der aktuellen Diskussion um eine zielgruppenspezifische Versorgung. Für Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten, besonders durch schwere psychische Störungen, beispielsweise wurde die Versorgung in therapeutischen Intensivgruppen in Baden-Württemberg intensiv evaluiert (Dieckmann & Haas, 2007, hierin auch Pfeil, Glasenapp & Svoboda, 2007). Interessanterweise wurde eine Reintegration von Menschen mit schweren herausfordernden Verhaltensweisen aus einer therapeutischen Wohngruppe in eine normalisierte Wohnform für wesentlich mehr beteiligte Personen für möglich gehalten, als dann tatsächlich im Untersuchungszeitraum erfolgte. Zusammenfassend kann aus der Evaluation geschlussfolgert werden, dass a) therapeutische Angebote zunächst zeitbefristet sein sollten, um eine schnelle Reintegration in eine normalisierte Wohnform zu ermöglichen, dass b) bereits frühzeitig mit therapeutischen Hilfe begonnen werden sollte, um Chronifizierungen zu vermeiden, dass c) auch in den aufnehmenden normalisierten Wohnformen besondere Bedingungen der Versorgung (räumlich-strukturell wie personell) zu berücksichtigen sind, dass d) die Phase der Reintegration mit dem Transfer von erreichten Fortschritten und erforderlichen Kompetenzen besondere Beachtung verdient und besondere Begleitung erfordert und dass e) auch durch intensive therapeutische Angebote eine Restgruppe bleibt, die innerhalb des Rahmens der angebotenen Hilfen (noch) nicht profitieren kann.

Ein wesentliches Ergebnis dieser Studie liegt auch in der Feststellung, „dass die Heimversorgung häufig von untolerierbar schlechter Qualität ist und international anerkannte Menschenrechtsstandards verletzt“ (ebd.).

Die Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Europa und Nordamerika ist als uneinheitlich anzusehen. Dies liegt vorrangig an unterschiedlichen Traditionen der Betreuung dieses Personenkreises und damit einher gehenden unterschiedlichen Gesetzen. Zudem wird die direkte Vergleichbarkeit durch unterschiedliche Definitionen von geistiger Behinderung und unterschiedlichen Standards bei der Ausstattung von Lebensräumen angesehen, wie Dalferth (1999) mit Verweis auf skandinavische Kollegen beschreibt:

Ein Vergleich der Entwicklung gemeindenaher Wohnformen wird bereits durch die unterschiedlichen Definitionskriterien wesentlich erschwert: Während in Deutschland zu den gemeindeintegrierten Wohnformen gruppengegliedertes Wohnen in kleinen Einrichtungen (bis 24 Bewohner), Gruppenwohnungen (6 Personen), betreutes Einzelwohnen, Paarwohnungen und Eltern-Kind Wohnungen gerechnet werden (Kräling, 1995[b, J.G.], 22), betrachtet man in Schweden Wohnformen, die für mehr als 6 Personen vorgesehen sind (Andersson, 1996), und in Norwegen Wohnungen für 4-9 Personen, insoweit sie nach den selben Grundprinzipien wie größere Einrichtungen organisiert sind (Tossebro, 1995, 61 f.), bereits als „Institutionen“ und ist bestrebt, nicht nur Großeinrichtungen und Anstalten, sondern sämtliche noch existierenden Mehrgruppen- und Wohnheime zugunsten von Wohnungen mit Assistenzdiensten völlig aufzulösen (Sjöberg, 1994) (S. 89).

Mansell et al. (ebd.) definieren im europäischen Vergleich Institutionen mit mehr als 30 Bewohnerinnen als „große Wohneinrichtungen“ (S. 3). Daraus ergeben sich auch deutliche Unterschiede in der Entwicklung der Konzepte zum Deinstitutionalisieren:

Dalferth (2000) beschränkt sich in seiner Darstellung vorrangig auf den Personenkreis der Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Er stellt fest, dass in Mittel- und Südeuropa dieser Personenkreis vorrangig noch in vollstationären, zentralen Wohnformen betreut wird, während in Nordeuropa die Entwicklung in Richtung dezentrale Wohneinheiten am weitesten vorangeschritten ist. Mit Dalferth (ebd.) kann festgestellt werden, dass besonders in den nordeuropäischen Ländern massive Bemühungen stattfanden, die Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung zu verändern. So beschreibt Dalferth (1999, S. 88) die Situation in Skandinavien für das Jahr 1997: Demnach leben in Norwegen und Schweden über 95 % aller behinderter Menschen in der Gemeinde, nur noch unter 5 % in Institutionen (Finnland 15 %, Dänemark 24 %, Deutschland 28 %).

Zu den Veränderungen in den einzelnen Ländern liegen mittlerweile vielfältige Berichte vor, beispielsweise: Dreyer, Göbel, Reile, Schlüter & Wahler beschäftigen sich bereits 1981 mit der Versorgungssituation in Dänemark²³. Grunewald (2004) stellt für die Situation in Schweden fest, dass es

²³ Durch eigene Praktika konnte sich der Autor einen eigenen Eindruck von der Situation in Dänemark verschaffen: Neben einem grundsätzlich anderen Umgang in der Gesellschaft mit Behinderung und behinderten Menschen, der sich in einer anderen, besseren finanziellen Ausstattung widerspiegelte, konnten auch die Auswirkungen des Deinstitutionalisierens beobachtet werden. Zwar lebten im Vergleich zur Situation in der BRD wesentlich mehr behinderte Menschen in ihren Herkunftsgemeinden in gemeinwesenintegrierten Wohngruppen und verfügten dabei über Einzelzimmer und ihr eigenes Bad, dennoch war auch dort die Personalausstattung gegenüber den überregionalen Institutionen so, dass z.B. Menschen mit schwerer geistiger Behinderung während längerer Phasen des Tages unbeaufsichtigt und ohne individuelle Ansprache blieben. Inwieweit die Aussage der hierzu befragten Professionellen, dass diese es so wollten, glaubwürdig war, konnte nicht näher geklärt werden.

durch das gemeindenahes Wohnen zu einer verbesserten Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen und ihrer verbesserten sozialen Integration gekommen war, gleichzeitig sanken die Kosten. Tüllmann (2004) beschreibt die Situation in Großbritannien. Dieter, Neubauer und Theunissen (1999) stellen die Situation in der Schweiz und Österreich vor. Die Probleme während der Veränderung in der Schweiz in zwei Phasen beschreibt ausführlich Egli (1996). Darüber hinaus fokussiert Tiesler (1996) die Situation in Österreich. Besonders das Programm „1000 Wohnplätze“ (Dalferth, 2000, S. 19) über die Schaffung von gemeindenahen, dezentralen Wohnplätzen im gesamten Stadtgebiet von Wien, die auch für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung geeignet sind, wird dabei heraus gestellt (vgl. auch Lingg, 1998).

Für den Vergleich der unterschiedlichen Entwicklungen in Deutschland, England und Italien fassen Mansell et al. (ebd.) zusammen:

Der Tempounterschied zwischen Deutschland einerseits und England und Italien andererseits scheint mit dem Grad der Unzufriedenheit der Entscheidungsträger mit den Einrichtungen zusammenzuhängen. In Italien und England haben die Aussichten auf Versorgungsalternativen und das Bekanntwerden der miserablen Versorgungsbedingungen in Großinstitutionen den Umstellungsprozess eindeutig beschleunigt. In England und Deutschland zeigt sich deutlich wie wichtig es ist, **Menschen mit Behinderung direkt in den Prozess der Dienstleistungsentwicklung einzubinden**, ihnen zuzuhören und auf ihre Sichtweisen und Wünsche einzugehen. Die Reformen in diesen Ländern bestanden primär darin, bestehende Angebotsstrukturen umzugestalten und zu humanisieren – z.B. indem Institutionen durch Wohngruppen ersetzt wurden. Menschen mit Behinderung hingegen haben, sobald ihnen die Gelegenheit dazu geboten wurde, viel ambitioniertere Ziele in Bezug auf unabhängiges oder unterstütztes Wohnen verfolgt, die sie selbst über persönliche Budgets gesteuert und organisiert haben. Dienstleistungsorganisationen allein laufen Gefahr, von ihren vergangenen und gegenwärtigen Denk- und Arbeitsweisen eingeschränkt zu werden; neue Dienstleistungsmodelle erfordern eine Partnerschaft zwischen Menschen mit Behinderung (und denen, die sie unterstützen und repräsentieren) und den Stellen, die Dienstleistungen planen und anbieten (S. 6, Hervorhebung im Original).

Besonders kritisch setzt sich Dalferth (1999; 1997) mit der Situation in den USA auseinander. Da sich dort das Deinstitutionalisieren je nach Bundesstaat sehr unterschiedlich vollzogen hat, konzentriert er sich in seiner Darstellung auf die Situation in Kalifornien. Dort bestand eine lange Tradition der zentralen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in staatlichen Großeinrichtungen. Bis 1960 lebten ca. 24.000 Menschen mit geistiger Behinderung in fünf staatlichen Institutionen. Im 1987 geschlossenen Camarillo Developmental Center lebten 1954 noch 7.266 Menschen mit geistiger Behinderung. Die Enthospitalisierung vollzog sich seit den 1980er Jahren durch den groß angelegten Umzug der behinderten Menschen in regional organisierte und privat unterhaltene Wohngruppen mit bis zu sechs Plätzen. Begründet wurde die Politik der massiven Umzüge mit zahlreichen Studien, die „bis zu diesem Zeitpunkt bei den Bewohnern in der Gemeinde einen Zuwachs an Kompetenzen (z.B. Zunahme im Bereich der Aktivitäten, der Selbsthilfe, der Kommunikation, des Sozialverhaltens, des Anpassungsverhaltens und der kognitiven Fähigkeiten) dokumentieren und über eine höhere Lebensqualität (mehr an Bedürfnisbefriedigung, mehr an Gemeindeintegration, höhere Pflegequalität) berichten“ (Dalferth, 1999, S. 91). Zudem berichtet Dalferth (ebd.) von zahlreichen weiteren Untersuchungen, die den positiven Effekt von gemeindeintegrierten Wohnformen für den Abbau von auffälligen Verhaltensweisen belegen konnten.

Dennoch wurden im Verlauf der 1990er Jahre zunehmend Missstände in privaten Wohnheimen bekannt, die zu einer kritischen öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion und schließlich zu einem Infrage-Stellen der Deinstitutionalisierungs-Programme führten. Ausgehend von dem Forschungsansatz über die Analyse der Sterblichkeitsrate berichtet Dalferth (ebd.) von Untersuchungen, die bereits für die traditionellen Institutionen eine geringere Lebenserwartung der Bewohner gegenüber der Allgemeinbevölkerung zeigten. Dabei verbesserte sich die Lebenserwartung nach Auszug der Personen in kleinere Wohngruppen nicht, vielmehr lag die Quote vermeidbarer Sterbefälle in gemeindeintegrierten Wohnformen um 72 % höher als bei den institutionell betreuten Personen (Strauss, Eyman & Grossman, 1997, zitiert nach Dalferth, ebd., S. 94) und auch Rimland (1997, S. 3, zitiert nach Dalferth, ebd., S. 94) berichtet von einer um 82 % erhöhten Sterblichkeitsrate bei Menschen, die aus Institutionen in die Gemeinde umzogen²⁴. Die erhöhte Sterblichkeit wurde als Spitze des Eisbergs gesehen, die trotz der Kritik an diesem Forschungsansatz deutlich machte, dass die Betreuungs- und Ausstattungsstandards in privat getragenen Kleinstwohnheimen häufig schlechter waren als zuvor in den staatlichen Institutionen. Dabei wurde auch deutlich, dass die teilweise erheblichen Gesundheitsverschlechterungen nicht nur auf die Betreuung in den Wohnheimen und die oftmals überforderten Professionellen zurückzuführen waren, sondern mitunter an der mangelhaften Koordination der sozialen und gesundheitlichen Dienste vor Ort lagen, da die regionalen medizinischen Dienste zu selten in Anspruch genommen wurden und ebenfalls überfordert und inkompetent im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung waren. Entgegen der ursprünglich positiven Befunde zur Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung in gemeindeintegrierten Wohngruppen wurden zunehmend Ergebnisse berichtet, die darauf hindeuten, dass herausfordernde Verhaltensweisen zunahmen und die Lebenswelt deutlich restriktiver war als zuvor. So warnt auch Klauf (2000a): „Einfaches Auflösen von Institutionen und nur formales, äußerliches Zulassen von Selbstbestimmung ohne wirkliche Lebensalternativen ist unmenschlich und sinnlos. Es ist unethisches Handeln nach einem Einfachrezept, das einfach ohne Rücksicht auf individuelle Bedarfe und Geschichte aufoktroiert wird“ (S. 5).

Dalferth (1999) unterstreicht die Bedeutung eines kritischen Umgangs mit Deinstitutionalisierungs-Programmen darüber hinaus mit Befunden aus Großbritannien und Norwegen. Demnach ist die Größe einer Einrichtung weniger bedeutsam als die Größe des der einzelnen Person zur Verfügung stehenden Lebensraumes. So „hatte die Größe der Gesamteinrichtung offenkundig keinen direkten Einfluss auf Betreuungsqualität und die Entwicklungsfortschritte der Bewohner. Da die Größe der Einrichtung damit nicht als zuverlässiges Kriterium für die Lebensqualität zu gelten hat, zogen Kearney, Durand & Mindell (1995) den Schluss: „It's not where but how you live“ (S. 99).

Vor diesem Hintergrund wurden besonders die strukturellen Rahmenbedingungen der Deinstitutionalisierungs-Programme in den USA näher beleuchtet. Dabei wurde deutlich, dass mit dem Umzug von Menschen mit geistiger Behinderung in Wohngruppen der Gemeinde erhebliche Einsparungen einher gingen (Dalferth, ebd., S. 104 f., berichtet vom Rückgang der Kosten von \$ 92.000 pro Person und Jahr in Institutionen auf \$ 54.000 für Wohnformen in der Gemeinde):

²⁴ Flechtner, Wolf und Priebe (1997) konnten für 1003 chronisch psychisch kranke Menschen in deutschen, gemeindepsychiatrischen Versorgungseinrichtungen nachweisen, dass diese eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 40fache erhöhte Suizidrate haben, was überwiegend Menschen mit chronischer Schizophrenie oder schizoaffektiver Psychose betrifft.

Die aufgrund der staatlichen Enthospitalisierungsprogramme entlassenen behinderten Menschen wurden privaten Organisationen übergeben, die offenkundig eine Möglichkeit entdeckten, auf dem Rücken der behinderten Bewohner große Geschäfte zu machen, aber wenig Bereitschaft zeigten, angemessene Versorgungs- und Betreuungsbedingungen zu garantieren. Fragwürdiges und kriminelles Geschäftsgebaren, Missmanagement der Serviceanbieter in der Gemeinde, Beschäftigung von notdürftig ausgebildeten und schlecht bezahlten Betreuern, die zum Beispiel ohne Erste-Hilfe Kenntnisse schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen behandeln sollten, bildeten den Hintergrund für die katastrophalen Entwicklungen. (...) Es gilt als erwiesen, dass ein Großteil der Todesfälle sich auf die Inkompetenz der Betreuer, auf grobe Fahrlässigkeit, auf Missmanagement der Wohngruppenbetreiber, auf Unkenntnis hinsichtlich der erforderlichen medikamentösen Behandlung und auf die Unfähigkeit, die tatsächlichen Bedürfnisse schwerstbehinderter Menschen zu verstehen, zurückführen lassen (ebd.).

Dalferth (ebd.) fordert daher auf der Basis seiner Untersuchungen aus dem internationalen Vergleich die Orientierung an folgenden Rahmenbetreuungsstandards:

- Keine Instrumentalisierung von Enthospitalisierungsmaßnahmen, um Kosten einzusparen (...);
- Einbindung der Wohngruppen in ein Netzwerk von ambulanten Serviceleistungen (...);
- Die Lebensqualität von enthospitalisierten Wohngruppenbewohnern kann nur verbessert werden, wenn Menschen in der Gemeinde das Recht auf persönliche Assistenz zugesprochen wird (...);
- Sicherstellung eines angemessenen Personalschlüssels, Gewährleistung einer geeigneten Ausbildung des Personals, Unterstützung des Personals durch Kriseninterventionsdienste (...);
- Wohnverhältnisse müssen den Bedürfnissen der Bewohner sowie Normalitätsstandards Rechnung tragen (...);
- Enthospitalisierung bedeutet nicht nur Integration institutionalisierter Bewohner in eine Wohngruppe, sondern erfordert die Durchführung gemeinwesenorientierter Maßnahmen zur Integration der Wohngruppe in die Gesellschaft (...);
- Wohngruppenbewohner benötigen ausreichende finanzielle Mittel, um am Leben in der Gemeinde teilnehmen zu können (S. 107 ff.).

Er (ebd.) fasst zusammen:

Die Erkenntnis, dass in etlichen der untersuchten Wohngruppen die Freiheitsspielräume geringer, Verhaltensänderungen und Kompetenzentwicklung verhaltener, die Betreuungsqualität, bisweilen auch die Wohnqualität schlechter, und insbesondere in Kalifornien die Umgangsformen restriktiver, die medizinische Versorgung katastrophal, die Mitarbeiter vielfach unausgebildet, die Morbiditäts- und Mortalitätsrate höher und dementsprechend die Lebensqualität deutlich geringer waren als erwartet, stellt unter Beweis: allein der Umzug von geistig behinderten Menschen in offene Wohneinheiten bedeutet noch lange nicht, dass Betroffene dann „deinstitutionalisiert bzw. enthospitalisiert“ sind (Kearney et al., 1995), ihre Auffälligkeiten zurückgehen und ihre Lebensqualität zunimmt (Kastner, Nathanson & Friedman, 1993) (S. 106).

5.4. Erfahrungsberichte und empirische Daten

Mittlerweile liegt eine große Zahl an Berichten zu Prozessen des Deinstitutionalisierens vor (vgl. z.B. Bradl & Steinhart, 1996; Baudisch, Claus & Haug, 1999; Jantzen, Lanwer-Koppelin & Schulz, 1999; Theunissen, 1996; 1998; 1999; Dalferth, 2000), auch wenn methodisch und statistisch sorg-

fältige Untersuchungen in der Deinstitutionalisierungs-Forschung noch die Ausnahme darstellen. So kritisiert Dalferth (ebd.) für die vorliegenden Erfahrungsberichte:

Eine differenzierte Beurteilung der vorherigen und gegenwärtigen Lebensverhältnisse ist aufgrund der unzureichenden Beschreibungen, mögliche Veränderungen in Lebenswelt und Verhalten der ehemals psychiatrisch betreuten Menschen sind aufgrund eines Vergleiches anamnestischer und katamnestischer Befunde der umschriebenen Bewohnerpopulation nicht möglich. Gleichfalls liegen keine Erkenntnisse vor, die aus einem Vergleich der Förderung von Schwerbehinderten im institutionellen Kontext größerer Anstalten und Pflegeheime und in gemeindenahen Wohnformen resultieren (S. 11).

Droste (2000, S. 132) fordert dementsprechend eine mehr prozessorientierte Begleitforschung und vergleichende Evaluationsstudien. Metzler & Rauscher (2005) unterteilen die internationale Deinstitutionalisierungs-Forschung in zwei Generationen. Die erste beschäftigte sich vorrangig mit pragmatischen Fragestellungen, wie Institutionen aufzulösen sind und wie es den Menschen nach den Umzügen geht. Diese Untersuchungen belegen – wie bereits vorgestellt – übereinstimmend einen Zuwachs an Kompetenzen und eine Zunahme an Lebensqualität sowie eine Abnahme an auffälligen Verhaltensweisen der beteiligten Personen. Untersuchungen zeigen aber auch, dass in den neuen Wohnformen zum Teil schwerwiegende Missstände bestehen. Als offene Fragestellung dieser Generation beschreiben sie (ebd.) a) auf welche Faktoren und Prozesse lassen sich die positiven Effekte von Deinstitutionalisierung genau zurückführen und b) welche Langzeiteffekte ergeben sich, da einzelne Studien darüber berichten, dass die positiven Veränderungen langfristig nach dem Umzug nicht anhalten. „Whatever the reason for the plateau effect over time, it is readily apparent that there exists very little evidence that within community-based services users are developing new competencies, new relationships or extending the extent of their participation in their surrounding community over time“ (Emerson & Hatton, 1996, S. 184, zitiert nach Metzler & Rauscher, 2005, S. 5). Die zweite Generation beschreiben Metzler und Rauscher (ebd.) mit Mansell und Ericsson (1996) in der aktuellen Hinwendung zu Fragestellungen um die Gestaltung kommunaler Versorgungssysteme, die behinderten Menschen anhaltende Partizipationschancen bieten.

Die Versorgungsforschung in Deutschland steckt demgegenüber noch generell in den Anfängen. Wie Claasen und Priebe (2003) in einer Literaturübersicht feststellen, beschreiben die untersuchten wissenschaftlichen Arbeiten die Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorrangig aus dem Blickwinkel ‚Merkmale der Personen‘ und nur nachrangig aus dem Blick der ‚Merkmale der beteiligten Einrichtungen‘. Zudem berichten mehr als 50 % der Arbeiten über die Erfahrungen in den eigenen Einrichtungen. Eine unabhängige und standardisierte Beschreibung des Versorgungskontextes stellt häufig noch die Ausnahme dar (ebd.).

Die Begleitforschung von Enthospitalisierungs-Projekten für chronisch psychisch erkrankte Langzeitpatienten in Deutschland wird von Kallert et al. (2006) anhand von acht Evaluationsstudien kritisch analysiert. Sie verweisen auf die große Heterogenität der Zielsetzungen und gewählten forschungsmethodischen Ansätze, die sich nur schwer vergleichen lassen. Für die erfolgreich entlassenen Patienten konnten positive Veränderungen der objektiven und subjektiven Lebensqualitätsparameter verzeichnet werden, bei der psychopathologischen Symptomatik und den sozialen Kompetenzen ergaben sich nur geringe Veränderungen. Die Wiederaufnahmeraten der Patienten schwankten deutlich. Aufgrund der unklaren Ergebnisqualität fordern sie neben der klareren Definition von Zielkriterien auch höhere Forschungsstandards bei der Evaluation der Projekte.

Für Menschen mit vorwiegend chronischer psychischer Erkrankung konnten Albrecht, Ingenleuf, Günther & Haneberg (1999) an einer Stichprobe von 125 Personen zeigen, dass sie von ihrer Enthospitalisierung besonders profitierten und sich ihre Lebenszufriedenheit erhöhte. Es zeigte sich aber auch, dass der Teil der Patienten, der in die eigentliche Enthospitalisierung nicht eingeschlossen werden konnte, wesentlich an Lebenszufriedenheit eingebüßt hatte. Aus dem gleichen Enthospitalisierungs-Projekt werden positive Erfahrungen der Angehörigen berichtet (Vieten & Brinkmann, 2000). Insgesamt wurden 424 Angehörige postalisch befragt. Die Ergebnisse weisen eine hohe Zustimmung zum Veränderungsprozess nach. Die Geschwister stellten dabei die größte Kontaktgruppe innerhalb des familiären Netzwerkes dar. Sie waren interessanterweise sehr skeptisch in Bezug auf eine Wiederbeheimatung wohnortfern untergebrachter Patienten (ebd.).

Für ein anderes Enthospitalisierungs-Projekt von insgesamt 142 psychiatrischen Langzeitpatienten wurden ebenfalls deutliche Verbesserung der Lebensqualität nach einem Jahr für die 65 entlassenen Patienten gegenüber den 77 Patienten, die sich immer noch in stationärer Behandlung befanden, berichtet (Hoffmann, 2003; Hoffmann, Isermann, Kaiser & Priebe, 2000). Die objektive Lebenssituation der Patienten nach Entlassung verschlechterte sich in keinem Lebensbereich, die entlassenen Patienten hatten ein aktiveres Freizeitverhalten, häufigere soziale Kontakte zu Freunden und waren seltener Opfer von strafbaren Handlungen geworden. Sie verfügten im Vergleich zu den weiter stationär behandelten Patienten über eine deutlich höhere allgemeine Lebenszufriedenheit.

Zurück zum Deinstitutionalisieren in der Behindertenhilfe: Die folgenden Erfahrungsberichte stellen eine exemplarische Auswahl dar. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Hier nicht ausführlich vorgestellt, wenn auch in der Literatur immer wieder diskutiert, werden z.B. die Auflösung des Geistig-Behindertenbereichs in Lengerich (Moser, 1996), die Auflösung der Anstalt Hephata (Hofe, 1999) sowie das landesweite Deinstitutionalisierungs-Projekt in Sachsen-Anhalt (Baudisch, 2000).

5.4.1. Gründung Heilpädagogischer Heime im Rheinland und Hessen

Die ersten Erfahrungen mit Enthospitalisierung in Deutschland wurden Anfang 1980 im Rheinland gesammelt, wo bis zu 3.000 Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Langzeitbereichen fehlplatziert waren (Theunissen, 1996, S. 69). In einem ersten Schritt wurden zunächst in den bestehenden Strukturen neue Behindertenbereiche geschaffen, die ab 1980 dann in selbständige Heilpädagogische Heime (HPH) mit pädagogischer Leitung überführt wurden. Die Gebäude blieben oftmals dieselben, wurden aber durch Umbauten modernisiert. Inhaltlich ging es um eine „Humanisierung der Lebensbedingungen“ (ebd.) durch Reduzierung der Gruppengröße, Einstellung pädagogischer Fachkräfte, Entwicklung pädagogischer Förderprogramme (vgl. Theunissen, 1987, S. 177, beschreibt hierzu ein Betreuungskonzept für hospitalisierte Menschen), den Abbau sedierender Medikation und die Kooperation von Pädagogik und Medizin.

Bradl (1996a) beschreibt den Prozess der Enthospitalisierung im Rheinland in mehreren Schritten:

1. Ausgliederung aus der Psychiatrie durch Verselbständigung der Heilpädagogischen Heime;

2. Interne Standardverbesserungen durch Verbesserung des Personalschlüssels, Verkleinerung der Gruppengröße, Verbesserung der Beschäftigungssituation u.a.;
3. Aufbau von Außenwohnungen und Außenwohngruppen;
4. Verbund und regionale Vernetzung, Aufbau eines Heilpädagogischen Zentrums, „worunter ich aber kein institutionelles, sondern ein auf verschiedene Wohnformen bezogenes Dienstleistungssystem von tagesstrukturierenden Angeboten, Beratung, Therapie und anderen begleitend notwendigen Hilfen verstehen würde“ (S. 141).

Die einzelnen Heilpädagogischen Heime (HPH) nahmen dann eine unterschiedliche Entwicklung (vgl. Theunissen, 1987, S. 176; Bradl, 1996).

In einem weiteren Schritt und zur Vermeidung der „Stabilisierung des Heimsektors“ (Theunissen, 1996, S. 69) fasste der Träger 1987 mit dem Dezentralisierungsbeschluss die Zielvorgabe, bis 1995 40 % der Heimbewohner in sogenannte Außenwohngruppen umziehen zu lassen. Dieser Beschluss galt ausdrücklich auch für den Personenkreis der Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Dieser Prozess besteht noch fort.

Die zweite größere Reform bezieht sich auf Hessen, wo 1988 der Beschluss des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) gefällt wurde, fehlplatzierte Menschen aus den öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern auszugliedern. Die Umsetzung dieses Beschlusses erfolgte wie im Rheinland durch die Gründung Heilpädagogischer Einrichtungen (HPE), die von Beginn an als Übergangslösung angesehen wurden. In diesen Heimen sollten die Menschen durch intensive Förderung auf ein gemeindeintegriertes Wohnen vorbereitet werden. Über Regionalkonferenzen wurden freie Träger in den Veränderungsprozess eingebunden.

Theunissen (1996) beschreibt folgende offene Probleme des Enthospitalisierungs-Prozesses im Rheinland und Hessen:

- fehlende Konzepte für Kurzzeitwohnen und Krisenintervention besonders von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen und / oder psychischen Störungen;
- unzureichende Umsetzung von tagesstrukturierenden Angeboten für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen;
- fehlende Konzepte für die Versorgung von alten Menschen mit geistiger Behinderung;
- Fortbestehen von Merkmalen eines Klinikbetriebes in den neu geschaffenen Heilpädagogischen Heimen;
- Beschränkungen der Handlungsspielräume von Basismitarbeitern durch verbürokratisierte, hierarchische Organisations- und Leitungsstrukturen;
- unzureichende Umsetzung von Regionalisierung bei der Dezentralisierung.

Die wissenschaftliche Begleitforschung für die Enthospitalisierung im Rheinland und in Hessen erfolgte durch Wedekind, Conradt und Muth (1994). Als wesentlich kann herausgestellt werden, dass außerhalb der herkömmlichen Kliniken ein breit gefächertes Spektrum an Wohn- und Lebensformen geschaffen werden konnte, von dem auch gerade Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen sowie herausfordernden Verhaltensweisen profitieren konnten:

Für geistig behinderte Menschen mit ganz unterschiedlicher Ausprägung der Behinderung hinsichtlich der Schwere und bezüglich Verhaltensauffälligkeiten sind verschiedenartige Wohnmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der HPH/HPE entstanden. Es gibt keine Wohnform, bei der ein ehemaliger Bewohner der psychiatrischen Kliniken prinzipiell wegen Ausprägung seiner Behinderung ausgeschlossen wäre. Es ist gelungen, auch für schwerstbehinderte und schwer verhaltensauffällige Bewohner eine Lebensperspektive außerhalb der Heime zu erschließen (S. 273).

Sie merken aber auch kritisch an, dass „noch nicht das Gros, vor allem der schwerbehinderten Bewohner erreicht wurde“ (S. 275).

Zusammenfassend ist eine Erweiterung lebenspraktischer und sozialer Kompetenzen für die beteiligten Personen statistisch messbar. Die Arbeitszufriedenheit der Professionellen in den Außenwohngruppen ist deutlich höher als in der Institution. Als weitere Problemfelder werden benannt: Die oftmals unzureichende Personalausstattung mit hoher alltäglicher Belastung in der Arbeit, die Gefahr einer Entwicklung der Heilpädagogischen Heime hin zu Schwerstbehindertenzentren, die fehlende Erweiterung von tagesstrukturierenden Angeboten und fehlende Regelungen für die Zusammenarbeit in der Region, auch mit anderen Trägern (vgl. Bradl, 1996a).

5.4.2. Auflösung Klinik Kloster Blankenburg in Bremen

Die 1981 begonnene Auflösung des Klinikums Kloster Blankenburg 1988 stellt den bis dahin konsequentesten Ansatz des Deinstitutionalisierens dar (vgl. zum Überblick Gromann-Richter, 1991). Als Voraussetzung für diesen Schritt werden ein großer Reformwille in Bremen, eine finanzielle Unterstützung aus Bundesmitteln und die gute Kooperation zwischen der psychiatrischen Klinik und den freien Trägern der Behindertenhilfe vor Ort angesehen (Kruckenberg, 1999). Wesentlich in der Umsetzung der Auflösung Klinik Kloster Blankenburg war eine Vereinbarung der Hansestadt Bremen mit drei gemeinnützigen Trägern der Behindertenhilfe, die sich bereit erklärten, jeweils 50 Menschen mit schwerer geistiger Behinderung aus Blankenburg in Bremer Stadtbezirke zu übernehmen. Dabei konnten sie auf bereits etablierte regionale Hilfestrukturen aufbauen, die mit der Zeit weiterentwickelt wurden (Gromann & Schiller, 1988).

Die Zielvorgaben des Modellprojektes waren:

- Verbesserung der Koordination und Planung von Hilfe;
- Sektorisierung und Gleichverteilung der Dienste auf die fünf Bremer Stadtbezirke;
- Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems und Abbau von starren Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung;
- Ausbau der teilstationären Angebote;
- Verstärkung der Reintegration chronisch kranker Patienten;
- Ausbau der komplementären Einrichtungen und Dienste;
- gezielte Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Kruckenberg, 1999, S. 130).

„Die Mittel des Modellprogramms flossen in den Aufbau der Bausteine: fünf Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, zwei Wohnheime, einer Wohngemeinschaft, einer Tagesstätte und Kontaktstelle, einer Werkstatt für psychisch Kranke, zwei extern gelegenen Tageskliniken und einer

Enthospitalisierungsstation in Blankenburg" (ebd.). Die Beteiligten verpflichteten sich über regionale Kooperationsverträge zur Zusammenarbeit.

1988 wurde dann sowohl die 1904–1924 erbaute Klinik Kloster Blankenburg mit ca. 300 Plätzen wie auch eine mit ca. 90 Plätzen belegte Außenstelle geschlossen. Damals lebten noch ca. 100 weitere Langzeitpatienten in verschiedenen Kliniken, die in einer zweiten Phase der Enthospitalisierung bis 1998 auszogen.

Die Nachuntersuchung zur Enthospitalisierung in Bremen führte zu folgenden Ergebnissen (ebd.): 1980 lebten 294 Patienten, 178 männlich, 116 weiblich, seit durchschnittlich 13 Jahren in der Klinik. Die Erstdiagnose war bei 43 % geistige Behinderung, bei 32 % endogene Psychose. Von 1980–1988 zogen 242 Patienten aus. Die neuen Lebensorte blieben relativ stabil, nur ein Drittel zog in den folgenden fünf Jahren erneut um. 28 % wurden im Zeitraum von vier Jahren nach Auszug erneut akutpsychiatrisch aufgenommen. Die durchschnittliche Krankenhausbehandlung ging von 365 Tagen auf 18 Tage im Jahr zurück. Auch für die Entlassung älterer Langzeitpatienten galt, dass ihnen bei sorgfältiger Vorbereitung in die neue Umgebung die Eingewöhnung ohne Schwierigkeiten gelang. „Die Sterberate blieb sowohl in den ersten Monaten wie im Fünfjahreszeitraum nach der Entlassung konstant" (S. 136).

Trotz des Durchschnittsalters von 52 Jahren konnte für die Gruppe der Patienten mit vorrangig geistiger Behinderung festgestellt werden, dass sich die funktionale und soziale Kompetenz deutlich gebessert, Außenkontakte und Selbständigkeit in geringem Maße zugenommen und Verhaltensauffälligkeiten abgenommen haben (Kruckenberg, Fabian & Henning, 1995). Besonders hervorgehoben wird für den gelungen Umzug, dass die Mitarbeiter der neuen Einrichtungen bereits 3–6 Monate vor der Entlassung aus Blankenburg ihre Arbeit dort aufnahmen und dann mit den Patienten in die neuen kleinen Einrichtungen gegangen waren.

Kruckenberg (ebd.) zieht ein überwiegend positives Fazit der Enthospitalisierung:

Insgesamt können die Ergebnisse in Verbindung mit der inzwischen abgeschlossenen Enthospitalisierung so gewertet werden, dass es einen sogenannten „harten Kern" von chronisch psychisch Kranken, die im Krankenhaus dauerhaft leben müssen, *nicht* gibt, wenn die Struktur der ambulanten und komplementären Versorgung angemessene Hilfsmöglichkeiten bietet. Es gibt allerdings so etwas wie die kaum beeinflussbare „harte Schale" einer totalen Institution. Die Konflikte in der Mitarbeiterschaft und zwischen Leitung und Mitarbeitern während der Auflösungsphase in Blankenburg waren unheimlich heftig und zumindest seitens der Leitung kaum zu versachlichen. Auch durch vielfältige Fortbildungs-, Zusatzausbildungs- und Hospitationsangebote sowie durch einen fairen Umstellungsplan gelang es nicht, einen relevanten Anteil der Blankenburger Mitarbeiter für die Tätigkeit in den neuen Diensten und Einrichtungen zu gewinnen (S. 139, Hervorhebung im Original).

5.4.3. Deinstitutionalisieren in der Diakonischen Behindertenhilfe im Ev. Hospital Lilienthal

Die Geschichte der Diakonischen Behindertenhilfe in Lilienthal wurde von Jantzen (zum Überblick 2003) ausführlich dokumentiert. Sie grenzt sich dabei deutlich vom Vorgehen und der Art der wissenschaftlichen Begleitforschung der bisher skizzierten Ansätze ab.

Zum Hintergrund: Anfang der 1990er Jahre geriet die Diakonische Behindertenhilfe in eine finanzielle, konzeptionelle und strukturelle Krise, die zu einer öffentlichen Diskussion führte. Erste Gutachten, wie die Probleme zu lösen seien, wurden eingeholt. Unter Begleitung der externen Beratungsfirma BSU wurde zunächst eine organisatorische Eigenständigkeit der Behindertenhilfe als GmbH herbeigeführt. Hohe Pflegesätze wurden bis 1998 vereinbart, um eine Reduzierung der Platzzahl von ca. 300 auf 270 zu erreichen und durch Umbau- und Sanierungsmaßnahmen eine veränderte, neue und dezentrale gestaltete Wohnsituation zu ermöglichen. Dabei sollte besonders der seit Gründung der Behindertenhilfe entstandene „harte Kern“ (ebd.), der in einem eigenen Haus konzentriert wurde, aufgelöst werden.

Der Elternbeirat begleitete das Projekt zunehmend engagiert und erstellte 1993 unter Mitarbeit zahlreicher Experten das „Lilienthaler Memorandum“. Die Analyse der Problemlagen im Memorandum führte zu folgenden Leitlinien einer Diskussion (Jantzen, ebd.):

1. Ausgangspunkt ist eine lebensgeschichtliche Orientierung an Bedürfnissen und Möglichkeiten der behinderten Bewohner/innen. Hierzu sind vor allem auch sie selbst zu hören.
2. „Enthospitalisierung“ ist in einer Anstalt nicht möglich. Eine Anstalt ist kein „Ort zum Leben“. Obwohl eine Auflösung zumindest mittelfristig nicht möglich ist, und wenn, dann auch ohne zusätzlichen Schaden für ihre ehemaligen Bewohner/innen und für die Versorgung der Region geschehen müsste, gibt es sehr wohl die Perspektive zur Wiedergewinnung von Lebensqualität, für deren Realisierung alles zu tun ist.
3. Damit die Betroffenenperspektive zum Tragen kommen kann, ist eine Strukturreform von unten notwendig. Diese muss mit einer weitgehenden Entbürokratisierung der Abläufe und einer radikalen Dezentralisierung bei weitgehender Eigenverantwortlichkeit im dezentralen Bereich verbunden sein.
4. Bezogen auf die BSU verlangen wir, dass diese ihren Arbeitsauftrag in fachlich zu rechtfertigender Weise wahrnimmt oder, falls sie dazu nicht in der Lage ist, ihn zurückgibt. Zu dieser adäquaten Wahrnehmung gehört es an erster Stelle, sowohl zeitlich wie prinzipiell verstanden, die Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen umfassend in die Diskussion einzubeziehen. Nur so kann eine offene Kommunikation als unabdingbare Grundlage einer wirklichen Reform gewährleistet werden (S. 17).

Als konkrete Schritte einer notwendigen Veränderung ergaben sich daraus (vgl. Jantzen, ebd., S. 45 ff.):

- Entbürokratisierung und Enthierarchisierung: Dies beinhaltete die kritische Reflektion von bürokratischer Verantwortung der Leitungsebenen und der Verwaltung mit dem Ziel einer Erweiterung von persönlicher Verantwortung und der Etablierung von Rückkopplungsschleifen.
- Neuorganisation der Dienste: Dies bedeutete vorrangig, dass Strukturen geschaffen werden, die eine kontinuierliche pädagogische und therapeutische Arbeit ermöglichen, um alte Ressourcen wieder aktivieren und neue Kooperationen aufbauen zu können.
- Einwerbung zusätzlicher personeller Ressourcen durch Kooperationspartner von außen: Hier war die Kooperation mit Universitäten und Fachhochschulen gemeint, aber auch die Einbindung von Laienhelfern und die Zusammenarbeit mit der örtlichen VHS.
- Umgestaltung im Gelände: Dies beinhaltete eine Gestaltung der Räumlichkeiten und des Geländes an den „Orientierungslosen“ (S. 51), blinden- und rollstuhlgerechte Gestaltung, aber auch insgesamt eine individuellere Gestaltung der Wohngruppen und Häuser.

- Veränderung der Kontakte vor Ort als Öffnung der Einrichtung zur Gemeinde, mit der Schaffung eines Cafés, eines Tierparks sowie kulturellen Veranstaltungen.

Die wissenschaftliche Begleitforschung übernahm Jantzen (2000) selber. Der von ihm gewählte methodische Weg beschreibt zugleich sein inhaltliches Programm: Intensive Fachberatungen der Professionellen unter Beteiligung der betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung und teilweise auch Angehörigen und anderen Gästen stellten den Kern der Methode der Begleitforschung dar. Mit den Fachberatungen wurde einerseits ein Zugang geöffnet für die rehistorisierende Diagnostik und damit das Verstehen der hospitalisierten Menschen aus ihrer Lebensgeschichte heraus, andererseits wurden die Professionellen mit ihrer Sicht ernst genommen, ihre Erfahrungen in den Mittelpunkt gestellt und eine gemeinsame Geschichte rekonstruiert (ebd.). Die zweistündigen Fachberatungen waren in der Regel in zwei Teile untergliedert. Im ersten Teil wurden die Professionellen zu ihren Sichtweisen des Problems interviewt. Jantzen (2003) ordnet diesen Teil Bourdieus Technik des verstehenden Interviews zu:

Das Interview bringt auf diese Weise „vergrabene Wirklichkeiten“ in jenen zu Tage, „die diese Dinge erleben, aber nichts darüber wissen, andererseits jedoch mehr darüber wissen als irgend jemand sonst“ (Bourdieu, 1998[a, J.G.], 766 f.). Insofern hat das Interview im ersten Teil der Fachberatung nicht nur für den Interviewer die Funktion von zusätzlichem Wissensgewinn, sondern sichert für die Interviewten einen Status von Selbstreflexion, der in ihrem Alltag in der Regel nicht gelingt (S. 162).

Im zweite Teil der Fachberatungen ging es vor diesem Hintergrund und unter Nutzung von spezifischem Wissen über isolierende Bedingungen, der Lebensgeschichte, Aktenmaterial und anderen Informationsquellen um die „Konstruktion von möglichen Seinsbeschreibungen“ (ebd.) und ihre Integration in das praktische und alltägliche Handeln der Professionellen. Die Begleitforschung auf der Basis dieser Fachberatungen wurde zu einem kontinuierlichen rekursiven Prozess der Theoriebildung und -entwicklung. „Allgemeines Ziel dieser Forschung ist es, den Akteuren in einer sozialen Situation zunehmend Wissen über sich selbst in dieser Situation zu ermöglichen, indem die Begleitforschung sie beim Aufbau dieses Wissens unterstützt“ (S. 168).

5.4.4. Behindertenbereiche der psychiatrischen Kliniken in Westfalen-Lippe

Ein weiterer bekannter Prozess des Deinstitutionalisierens vollzog sich seit den 1980er Jahren durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Gütersloh und Umgebung (vgl. zum Überblick Dörner, 1998a). Dieser Ansatz ist eng mit der Haltung Dörners verknüpft, die ihren Ausdruck in seiner bereits zitierten Formulierung des kategorischen Imperativs findet, mit dem jeweils Schwächsten zu beginnen.

In 15 Jahren von 1981 bis zu Schließung des Langzeitbereiches 1996 zogen insgesamt 435 Patienten aus der psychiatrischen Klinik in Gütersloh aus. Die Auszüge erfolgten in zwei Wellen, die erste um 1983, mehr von einzelnen Personen, die zweite um 1993, mehr im Rahmen des Auszugs vertrauter Gruppen (S. 14). Die Langzeitpatienten der ersten Auszugswelle waren zu mehr als 50 % schon über 10 Jahre psychiatrisch hospitalisiert, in der zweiten Auszugswelle waren allein 45 % schon über 30 Jahre hospitalisiert. Das Maximum waren 78 Jahre Hospitalisierung eines Menschen. Für den überwiegenden Anteil der Langzeitpatienten wurden hauptsächlich Psychosen diagnosti-

ziert (65 %), bei 17 % in der ersten Auszugswelle und 27 % in der zweiten war die Hauptdiagnose geistige Behinderung, so dass insgesamt mehr als 70 Menschen mit geistiger Behinderung, viele darunter mit massiven Verhaltensstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen und mit forensischen Aufenthalten in der Vorgeschichte ausziehen konnten.

Eine intensive Nachuntersuchung erfolgte 1993–1996. Sie beinhaltete qualitative und quantitative Untersuchungen. Von den 435 ausgezogenen Menschen konnten 329 in Interviews zu ihrer aktuellen Lebenssituation und ihrer Einschätzung der Deinstitutionalisierung befragt werden (ebd.). 57 % der Befragten hielten den Zeitpunkt ihrer Entlassung für richtig, 37 % für zu spät und 6 % für zu früh. Die aufsuchende Befragung ergab, dass niemand in die befürchtete Obdachlosigkeit abgerutscht war. 70 % der ausgezogenen Personen lebten in einer eigenen Wohnung und überwiegend mit eigener Arbeit in Selbsthilfe- oder Zuverdienstfirmen. „Die restlichen 30 % benötigen eine so große Begleitungsintensität, dass dieses nur um den Preis des Heimstatus zu garantieren ist“ (Dörner, 1999, S. 313). Diese Heime erfüllten den Charakter von dezentralen, gemeinwesenintegrierten Wohnformen mit familienähnlicher Größe und waren über den gesamten Kreis Gütersloh und angrenzende Kreise verteilt. Die befragten ehemaligen Langzeitpatienten gaben überwiegend an, dass sich ihre finanzielle Situation seit dem Auszug verschlechtert hatte, mehr als die Hälfte gaben aber auch an, dass sich die räumliche Ausstattung und besonders die Freiheit vergrößert hatten. Für 60 % der Ausgezogenen konnte keine erneute psychiatrische Wiederaufnahme verzeichnet werden, bei 15 % lag die Wiederaufnahme bei 1–89 Tagen. Bei weiteren 12 % lag die Dauer der Wiederaufnahme bei über einem Jahr.

Die Ergebnisse machen aus Sicht von Dörner (1998a) deutlich, „dass wir empirisch nachgewiesen haben, dass kein chronisch psychisch Kranker dauerhaft in einer Institution (Klinik oder Heim) leben muss und darf – vorausgesetzt, unsere Beziehung mit ihnen ist angemessen professionell“ (S. 8).

Das Besondere am Vorgehen in Westfalen-Lippe liegt in dem bereits erwähnten Heimverlegungsverbot (S. 37), wodurch von Beginn an eine Umhospitalisierung verhindert werden sollte. Daher wurde auf den Zwischenschritt der Schaffung Heilpädagogischer Heime verzichtet. Stattdessen wurde der Aufbau gemeindenaher Wohnformen in freier Trägerschaft angestrebt. Zudem wurde eine Herangehensweise gewählt, die in enger Kooperation aller Beteiligten erfolgte. So ist die Dokumentation zur Deinstitutionalisierung konsequent in einem Dialog mit den betroffenen ausgezogenen Langzeitpatienten formuliert, „wir lernten, die chronisch psychisch Kranken als unsere Lehrmeister anzuerkennen, auf sie zu hören und durch Decodierung ihrer meist indirekten, verschlüsselten Botschaften zu erfahren, was nach ihrem subjektivem Eigensinn für sie gut, bekömmlich und angemessen ist und was nicht“ (S. 9).

Die Dokumentation des Deinstitutionalisierens in Gütersloh beinhaltet eine kritische Auseinandersetzung mit eigenen Fehlern, z.B.:

Ihr habt uns beigebracht, dass die Frage „Wollen Sie entlassen werden?“ auf einer Langzeitstation oder in einem Heim unsittlich und unerlaubt ist und daher in der Regel mit „Nein danke, ich bin wunschlos glücklich“ beantwortet wird, weil die Frage nicht berücksichtigt, dass jemand, der 20 Jahre in einer Institution lebt, weder Vergangenheit noch Zukunft noch Wünsche noch Wahlmöglichkeiten kennt, da das Leben nur noch als ewige Wiederkehr von Gegenwart erlebt und überlebt werden kann, wenn er sich nicht umbringen will (S. 16).

Auf dieser Basis dieser Fehleranalyse können die Erfahrungen über Gütersloh hinaus generalisiert werden und das Projekt wird zu einem Lernfall für andere (vgl. Heißler, 1996).

5.4.5. Soziale Eingliederung von langzeithospitalisierten, schwerst geistig behinderten Menschen mit autistischen Verhaltensweisen in eine heilpädagogische Einrichtung

Die Eingliederung von zwölf langzeithospitalisierten Psychiatriepatienten mit schwersten geistigen Behinderungen und autistischen Verhaltensweisen in ein gemeinwesenintegriertes Kleinstheim in privater Trägerschaft ist in den Jahren 1995 bis 1999 von Dalferth (2000; 1996a; 1996b; 1996c) evaluiert worden.

Die zwölf Langzeitpatienten, davon fünf Frauen und sieben Männer, waren bei Auszug aus der Psychiatrie zwischen 18 und 53 Jahre alt und hatten zwischen acht und 40 Jahren in der Psychiatrie gelebt, eine Person war im Alter von zwei Jahren in die Psychiatrie aufgenommen worden.

Die wissenschaftliche Begleitforschung hatte als primäre Zielsetzung „*Verallgemeinerungswürdige Erkenntnisse über Voraussetzungen und Bedingungen* zu gewinnen, die eine Ausgliederung sogenannter ‚nichtausgliederungsfähiger‘ langzeithospitalisierter Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung aus der Psychiatrie und eine Eingliederung in gemeinwesenintegrierte Wohngruppen möglich machen“ (Dalferth, 2000, S. 36, Hervorhebung im Original), aber auch aktuell verwendbare Hinweise über die Gestaltung des Lebensraumes zu erhalten und die beteiligten Professionellen im Prozess zu beraten. „Als zentrales Kriterium für das Gelingen eines Integrationsprozesses gilt dabei, dass der neue Lebensort und die neuen Lebensbedingungen für die Bewohner einen *Zuwachs an Lebensqualität* mit sich bringen“ (S. 37, Hervorhebung im Original). Entsprechend eines Handlungsforschungsansatzes sollten einerseits Erkenntnisse zur Verbesserung der Lebens- und Förderbedingungen sofort in den Prozess zurückgemeldet werden, andererseits über die empirische Analyse der Veränderungen verallgemeinerungswürdige Aussagen ermöglicht werden.

Für den empirischen Teil wurde ein A-B-Design gewählt mit zwei Messzeitpunkten. Erfasst wurden Kompetenzprofile mit den Instrumenten PAC (Günzburg, 1988) und einer überarbeiteten Version des HKI (Holtz, Eberle, Hillig & Marker, 1998), die durch den Fachdienst der Heimeinrichtung erhoben wurden.

So zeigte sich nach drei Jahren in der neuen Wohnform für die ehemaligen Langzeitpatienten, dass es zu einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität gekommen war, keine erneuten psychiatrischen Akutaufenthalte mehr nötig waren, die Vergabe von Neuroleptika reduziert werden konnte, keine Ganzkörperanzüge oder Vollfixierungen mehr erforderlich waren, auf das Abschließen von Türen verzichtet werden konnte und dass herausfordernde Verhaltensweisen, insbesondere selbstverletzende, fremdaggressive und destruktive Verhaltensweisen deutlich abnahmen, bei einzelnen Personen sogar ganz verschwanden. Im Gegenzug nahm die Kommunikationsbereitschaft zu und es kam zu einer Erweiterung im Sprachgebrauch und -verständnis. Mit der Normalisierung des Verhaltens der ehemaligen Langzeitpatienten ging eine Normalisierung der Lebenswelt mit regelmäßigem Tagesablauf, mehr Aktivitäten auch außerhalb der Wohngruppe sowie einer größeren Betei-

ligung an den lebenspraktischen Vorgängen einher. Schließlich nahm der Kontakt mit Angehörigen zu.

Der empirische Vergleich der Kompetenzen ergab für alle Personen eine Steigerung an Kompetenzen, der durchschnittliche Zuwachs bei den zehn leistungsschwächeren Personen, bei denen der PAC angewendet wurde, betrug insgesamt 19,9 %, dabei war allein ein Zuwachs von 11,2 % im Bereich der Selbsthilfe, 15,1 % im Bereich der Sozialanpassung und 23,2 % im Bereich der Verständigung zu verzeichnen. Bei den zwei leistungsstärkeren Personen, bei denen der HKI angewendet wurde, wurde ein durchschnittlicher Kompetenzzuwachs von 3,3 % berichtet, wobei besonders der Bereich Praktische Kompetenz mit 11,8 % zunahm.

5.4.6. Möglichkeiten des Übergangs vom Heim in gemeinwesenorientierte Wohnformen am Beispiel Annagarten (Oranienburg) (USTA)

Das Projekt USTA fokussierte die Umwandlung von stationären Einrichtungen in gemeinwesenintegrierte Wohnformen im Land Brandenburg. Die forschungsleitenden Interessen waren dabei (USTA, 1999):

1. Welche Variablen bestimmen die Umwandlung stationärer Einrichtungen in gemeinwesenintegrierte Wohnformen?
2. Wie lässt sich die Umwandlung eines Subsystems legitimieren (stationäre Einrichtungen), das subjektive Geborgenheit vermittelt, gesellschaftlich jedoch desintegriert bzw. isoliert ist?
3. Wie muss eine gemeinwesenintegrierte Wohnkonzeption aussehen, damit in ihr Wohlbefinden und die Entfaltung von Autonomie ermöglicht wird?

Mit der Evaluation wurde die Humboldt-Universität Berlin beauftragt, die in Kooperation mit dem Ev. Johannesstift Berlin die Umwandlung des Heimes Annagarten in Oranienburg in gemeinwesenintegrierte Wohnformen begleitete und dabei den Veränderungsprozess einer vertieften Analyse mit einem Blick „von innen“ (Hahn et al., 2003, S. 50) unterzog (USTA I). Die Erfahrungen aus diesem exemplarischen Veränderungsprozess dienten dann der Evaluation von elf weiteren Veränderungsprozessen im Land Brandenburg, davon zwei in Landeskliniken (USTA II). Die Abschlussevaluation wurde 2003 vorgelegt (Hahn et al., 2003).

Bei dem Heim Annagarten handelte es sich um ein traditionelles Wohnheim, in dem 75 Frauen mit geistiger Behinderung lebten, die zwischen Anfang 30 und über 80 Jahre alt waren und überwiegend seit ihrer Kindheit und Jugend dort wohnten. Die Lage der Einrichtung war ländlich isoliert, der nächste Supermarkt 2–3 km entfernt. Die räumliche Situation in der Einrichtung wurde als beengt beschrieben, 76 % der behinderten Menschen lebten in Mehrbettzimmern, es existierte noch ein Vierbettzimmer. Im Esssaal im Haupthaus nahmen bis zu 40 Personen ihr Essen gemeinsam ein (vgl. zum Überblick Hahn et al., 2003).

Mit dem Umwandlungsprozess wurde 1994 begonnen, innerhalb des Projektzeitraums bis 1998 waren erst wenige Umzüge erfolgt. Vor dem Hintergrund der These „gemeinwesenintegriertes Wohnen, verbunden mit individueller Assistenz, verschafft Freiräume, die als Voraussetzungen für Kompetenzzuwächse angesehen werden müssen“ (Hall, 1999, S. 99) wurden in der Evaluation der

Veränderungsschritte vorrangig die Kompetenzen und ihre Entwicklung der beteiligten Personen näher untersucht. „Ziel jeder Veränderung der Wohnsituation in Richtung gemeinwesenintegrierten Wohnens ist daher insbesondere auch die Erweiterung der Kompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung. Der Begriff der Kompetenzerweiterung wird von uns vor dem Hintergrund der Folgen langjähriger Hospitalisierung weiter gefasst. Er beinhaltet sowohl die Wiedererlangung verlorengegangener Fähigkeiten wie auch den Erwerb vollständig neuer Kompetenzen“ (S. 100). Für die Erhebung des Entwicklungsstandes wurde auf ein Kompetenzprofil zurück gegriffen, das lebenspraktische Fähigkeiten, kognitive Fähigkeiten, Sozialverhalten und Emotionalität erfasst (Hall, 1998). Dabei wurde der aktuelle Stand ordinalskaliert erfasst und eine Einschätzung des Entwicklungspotentials abgegeben. Die Auswertung erfolgte für einzelne Personen und für Gruppen. Durch die Abkehr des Trägers vom ursprünglich vereinbarten Forschungsdesign, konnte eine zweite Erhebung des Entwicklungsstandes nicht durchgeführt werden (Hahn et al., ebd., S. 79), so dass eine Längsschnittuntersuchung unmöglich wurde. Die Ergebnisse der Querschnittsuntersuchung zu den Kompetenzprofilen werden ausführlich in Hahn et al. (ebd., S. 251 ff.) vorgestellt. Zusammenfassend stellen die Autoren fest, dass es zu Beginn des Projektes ein hohes Maß an Fremdbestimmung für die Bewohnerinnen gab, da sie den Veränderungsprozess nicht selbst initiierten. Bezüglich der Auszüge bestand die Tendenz, Menschen mit niedrigem Hilfebedarf zuerst ausziehen zu lassen, die Auswahl wurde dabei durch die Leitungspersonen vorgenommen. Insgesamt verbesserte sich die Wohnsituation durch den Umzug. „Gleichzeitig entwickelten sie ihre Persönlichkeit und erweiterten ihre Kompetenzen“ (S. 295).

Über die Veränderungen im Heim Annagarten hinaus untersuchte im Rahmen von USTA II Koepp (1999) die Folgen entsprechender Umwandlungsprozesse im Land Brandenburg auf das soziale Umfeld. Demnach waren neue Wohnformen häufiger, aber nicht immer, in Gemeinwesen integriert und verfügten über mehr soziale Kontakte ins Umfeld. Ängste und Widerstände aus dem Umfeld wurden berichtet, schienen aber nicht unüberwindbar zu sein. Insgesamt verhielten sich die gesetzlichen Betreuer und Angehörigen im Veränderungsprozess eher passiv „oder machten Schwierigkeiten“ (S. 248).

Krüger (1999) fokussierte in seiner Untersuchung im Rahmen von USTA II die Rahmenbedingungen und die Rolle der Träger. Er berichtet von der Verschlechterung der Brandenburger Richtlinien 1996, die eine Heraufsetzung der Platzzahlen pro Institution von max. 24 auf dann 40 beinhalteten bei einer gleichzeitigen Vergrößerung der Gruppen von 6-8 Plätzen auf max. 10 Plätze. Diese Änderung wurde mit finanziellen Rahmenbedingungen begründet und führten für das Projekt USTA I zur Abkehr von einem geplanten dezentralen Wohnverbundsystem in Oranienburg hin zur Neukonzeptionalisierung einer Einrichtung mit 40 Plätzen auf dem Gelände der Stammeinrichtung. Darüber kritisiert er das Verhalten der Träger in Brandenburg, die in gegenseitiger Konkurrenz vermieden, sich zu einer Initiative zusammen zu schließen. Insgesamt wurden Einzelabsprachen mit den Behörden favorisiert, ohne dass es eindeutige, landesweite Regelungen gab. Der restriktiven Genehmigungspolitik der Kostenträger standen dann zurückhaltende und sich verschließende Träger gegenüber: „Nach wie vor gibt es das Phänomen, dass Träger der Behindertenhilfe nicht in der Lage oder willens sind, eine klare und transparente Bilanz aufzustellen. Eine nach betriebswirtschaftlichen Kriterien aufgestellte Kosten-Nutzen-Rechnung oder Wirtschaftlichkeitsberechnung für innovative Zukunftsprojekte war für USTA nur in den seltensten Fällen zu bekommen. Ein Um-

stand, der ahnen lässt, weshalb die öffentliche Hand an ihren relativ unklaren Rahmenbedingungen festhält" (S. 295).

Insgesamt wird der Philosophie des Trägers eine wesentliche Rolle bei der Initiierung und Durchführung von entsprechenden Veränderungsprozessen beigemessen (Hahn et al., 2003, S. 140 f.). Dabei erwiesen sich besonders Einrichtungen mit langer Tradition in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung als resistent gegenüber weitreichenden Veränderungsprozessen, die Tradition scheint ein größeres Hindernis darzustellen als die Größe der Einrichtung (S. 179). Eine besondere Gefahr sehen die Autoren darin, Veränderungsprozesse nicht konsequent fortzuführen, dann drohen „Übergangslösungen“ (S. 180) in den Stammeinrichtungen zu Dauerlösungen zu werden. Schließlich wird berichtet, dass bei unvollständigen Veränderungsprozessen überwiegend die Menschen mit hohem Hilfebedarf in der Stammeinrichtung verbleiben (ebd.). Eine besondere Verantwortung tragen in diesem Zusammenhang die Leitungskräfte, die in Veränderungsprozessen spezifische Kompetenzen einbringen müssen (S. 191 f.). Neben Transparenz über die Vorgänge ist ein höheres Engagement vor Ort notwendig. Schließlich müssen Leitungskräfte im Verlauf von Veränderungsprozessen zunehmend Leitungskompetenzen delegieren. Der Variable Angehörige wurden im Rahmen der Evaluation der weiteren Veränderungsprozesse (USTA II) nur eine untergeordnete Rolle nachgewiesen (S. 308).

Hahn et al. (ebd.) fassen die Erkenntnisse aus ihrer Evaluationsstudie in sieben Thesen zusammen:

1. Personen mit geistiger Behinderung, die in größeren stationären Wohneinrichtungen leben, müssen auch im 21. Jahrhundert damit rechnen, in ihrem Leben nie mehr eine Chance zu erhalten, gemeinwesenintegriert wohnen zu können. (...)
2. Personen mit geistiger Behinderung, die in größeren stationären Wohneinrichtungen leben, werden in (unterlassenen, geplanten und stattfindenden) Veränderungsprozessen ihrer Einrichtung wie Gegenstände behandelt, die man hin- und herschieben kann. (...)
3. Begründungen des zentralisierten Wohnens in größeren stationären Einrichtungen müssen im Interesse der dort lebenden Personen mit geistiger Behinderung auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Weiterentwicklungen permanent hinterfragt, analysiert und kritisch auf ihre Legitimation überprüft werden. (...)
4. Die Normalisierung der Lebenswirklichkeit von Personen mit geistiger Behinderung muss primär über eine besondere Qualifizierung jener Menschen erfolgen, welche Verantwortung für Veränderungsprozesse tragen. (...)
5. Dachverbände der Träger größerer stationärer Wohneinrichtungen für Personen mit geistiger Behinderung nehmen bei der Veränderung dieser Einrichtungen eine Schlüsselrolle ein, die sie nicht oder nicht intensiv genug nutzen, den Bewohnerinnen und Bewohnern ein Leben „so normal wie möglich“ im Sinne des gemeinwesenintegrierten Wohnens zu ermöglichen. (...)
6. Gelingende Veränderungsprozesse größerer stationärer Wohneinrichtungen für Personen mit geistiger Behinderung zu gemeinwesenintegrierten Wohnsituationen sind verschieden, haben aber gleiche Bausteine. (...)
7. Die negativen Auswirkungen der Bioethikdiskussion auf das Denken in der Bevölkerung über Personen mit geistiger Behinderung und auf Einstellungen zu ihnen werden durch nicht gemeinwesenintegrierte zentralisierte Wohnsituationen in größeren stationären Einrichtungen verstärkt (S. 429 ff.).

5.4.7. Enthospitalisierung aus den Bezirkskrankenhäusern in Bayern

1995 beschlossen die bayerischen Bezirke ein Rahmenkonzept über die Enthospitalisierung von landesweit 700 Menschen mit geistiger Behinderung, die in Bezirkskrankenhäusern untergebracht waren und vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Diskussion als nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig galten. Auf der Basis der Grundsätze Normalitätsprinzip, Individualitätsprinzip und Integrationsprinzip sollten die betroffenen Personen kurzfristig, spätestens jedoch bis 1998, in außerklinische Versorgungsstrukturen überführt werden (vgl. BSASFF, 2001, S. 126 f.). Mit der Evaluation wurde die Universität Würzburg betraut (Straßmeier, 2000; Straßmeier & Lindmeier, 1998).

Die Ergebnisse der Evaluation können auszugsweise wie folgt dargestellt werden (vgl. zum Überblick BSASFF, 2001): Von den tatsächlich ca. 600 Personen mit geistiger Behinderung, die in den Bezirkskrankenhäusern Bayerns fehlplatziert waren, wurden 338 durch einen Kurzfragebogen erfasst (56 %). 22 waren zum Abschluss der Erhebungen noch in den Bezirkskrankenhäusern, 100 (rund ein Drittel) wurden in Pflegeheime auf dem Klinikgelände verlegt (Umwandlung der Stationen in Heimgruppen). Diese Pflegeheime stellten eigenständige Einheiten dar mit eigener Heimleitung. Die Räumlichkeiten wurden baulich umgestaltet, Personal teilweise übernommen, die Grundstrukturen blieben jedoch noch zum Teil erhalten. Diese Pflegeheime waren als Übergangslösung gedacht bis der Umzug in andere Einrichtungen vollzogen wurde. Für manche der Menschen, die ihr Leben lang in den Bezirkskrankenhäusern gelebt hatten, waren diese Orte zur Heimat geworden, so dass von ihrer Auflösung abgesehen wurde. Die Enthospitalisierung erfolgte überwiegend gruppenweise (71 %), Wahlmöglichkeiten bestanden für die Bewohner kaum. Die meisten Umzüge erfolgten in Pflegeheime (30 %) und Wohnpflegeheime (32 %), die Träger der aufnehmenden Einrichtungen waren die Kommunen, kirchliche und privat-gewerbliche Träger mit sehr unterschiedlichen Konzepten. Die räumliche Versorgung hatte sich gegenüber den Bezirkskrankenhäusern verbessert, gegenüber der Unterbringung in Mehrbettzimmern konnten durch die Enthospitalisierung nun Zweibettzimmer (55 %) und Einbettzimmer (21 %) angeboten werden. 23 % verblieben in Dreibettzimmern. Ebenso verbesserten sich die therapeutischen Angebote und Gruppenaktivitäten. Die personelle Situation blieb teilweise konstant, teilweise verschlechterte sie sich durch die Umwandlung in Pflegeheime und deren Finanzierung über die Pflegeversicherung. Aufgrund des hohen Engagements der Beteiligten führte die Enthospitalisierung trotz teilweise ungünstiger struktureller Rahmenbedingungen überwiegend zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen der Betroffenen.

Zusammenfassend kritisieren die Autoren den engen zeitlichen Rahmen der Enthospitalisierung, „der der Komplexität des Verfahrens nicht gerecht werden konnte“ (S. 111), und dass bei der Umsetzung individuelle Bedürfnisse zu wenig Berücksichtigung fanden. Dennoch konnte die überwiegende Zahl der ehemaligen Patienten mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen vermittelt werden oder ihr Umzug war in Planung. Zudem wurde kritisiert, dass vorhandene Erfahrungen aus bisherigen Enthospitalisierungs-Programmen zu wenig Berücksichtigung fanden. Trotz eines veränderten Verständnisses von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen und/oder psychischen Störungen, halten die Autoren fest, „sind Strukturen des Klinikalltages, restriktive Verhaltensmuster der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnern und Priorisierung des Pflegekonzeptes vorzufinden, die eine veränderte Lebensqualität manchmal nur marginal erkennen lassen“ (S. 112). Die geplante Abstimmung von Maßnahmen über Regionalkonferenzen

fand nicht in geplanter Weise statt, manche Wohneinrichtungen gaben an, „keinerlei Rückhalt' durch die zuständigen psychiatrischen Kliniken“ (ebd.) zu erhalten.

Menschen mit geistiger Behinderung und die Professionellen wurden häufig nur unzureichend vorbereitet. Besonders die Professionellen hatten Befürchtungen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, es kam zu Reibereien in Teams und einer schlechten Stimmung, die zu einer mangelnden Akzeptanz der Enthospitalisierung führten. Auch in der Abstimmung zwischen den Bezirkskrankenhäusern und den aufnehmenden Wohngruppen gab es Schwierigkeiten, besonders mangelnden Informationsfluss über die betroffenen Personen. „Teilweise entstand der Eindruck, die Übernahme werde durch das Personal der Kliniken erschwert, um zu beweisen, dass die Enthospitalisierung scheitern müsse, und um dadurch die Rechtfertigung der eigenen Arbeit zu erhalten. Dies geschah ungeachtet eines grundsätzlichen Interesses am Wohlergehen und großer Anteilnahme am Schicksal der Bewohner und ist nur durch die starke psychische Belastung des Personals zu erklären“ (ebd.).

Unzureichende Vorbereitung bemängeln die Autoren (ebd.) auch bezüglich der gesetzlichen Betreuer und der Angehörigen. Dies führte in einem Einzelfall zu einer drastischen Eskalation mit dem versuchten Mord einer Mutter an ihrer behinderten Tochter und ihrem anschließendem Suizidversuch. Aber auch andere Angehörige äußerten die Hoffnung auf den vorzeitigen Tod ihrer Kinder an Stelle eines Umzuges.

Methodisch kritisieren die Autoren, dass die Kürze der Durchführung und die Komplexität zu Einbußen führen mussten. So wurde auf die wichtige Erfassung der subjektiven Sicht von Lebensqualität aufgrund ökonomischer Gründe verzichtet. Es wurden aber auch Beispiele dafür berichtet, dass vermeintlich einfacher zu erhebende Daten fehleranfällig sein konnten:

Eine Wohneinrichtung, die im Vergleich mit anderen die meisten Freizeit- und Beschäftigungsangebote bietet und angibt, diese Angebote allen Bewohnern zu machen, hat zugleich einen Personalschlüssel, der eine regelmäßige Beschäftigung kaum möglich erscheinen lässt. Eine andere Einrichtung, die angibt, alle Bewohner besuchen die Fördergruppe, muss dies aus Personalmangel so handhaben; während der Dauer der Fördergruppe müssen sich alle Personen dort aufhalten, so dass eine Aussage über die angemessene Tagesstrukturierung, wie sie mit der Frage erhoben werden sollte, ad absurdum geführt wird (S. 113).

Insgesamt wird – wie bereits beschrieben – eine stärkere Orientierung und Erforschung von Prozessvariablen gefordert, die die langfristige Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung unter sich verändernden Wohnformen berücksichtigt.

5.4.8. Ein ‚Ort zum Leben‘ in der Ev. Stiftung Neuerkerode²⁵

Das Konzept um einen „Ort zum Leben“ (Gaedt, 1981; 1992a; 2007) stellt den wohl weitreichendsten und reflektiertesten Versuch des innerinstitutionellen Deinstitutionalisierens dar. Gaedt (2007) steht dabei grundsätzlich hinter einer Kritik der Institution in der Behindertenhilfe und damit der Forderung nach ihrem Abbau, auch wenn der damit verbundene Prozess aus seiner Sicht mit weitreichenden Schwierigkeiten verbunden ist: „Bald wurde jedoch deutlich, dass die radikale Auflösung nur ein entferntes Ziel sein konnte, weil dieser Prozess sich über Jahre, wenn nicht sogar Jahrzehnte hinziehen würde und die bisherige Ausgliederung mit einer sehr problematischen Selektion einherging“ (S. 7 f.). Er beschreibt diesbezüglich verschiedenen kritischen Einstellungen, u.a.:

- a) gegenüber der integrativen Kraft der Gemeinden und damit der reduktionistischen Sicht, dass ein gemeinwesenintegriertes Leben behinderter Menschen ihre Probleme beseitigen könnte: „Die Frage nach der besseren Lebensqualität erschien nach der grundlegenden Idee der Deinstitutionalisierungsprojekten auch deswegen unwichtig, weil die integrative Kraft einer Gemeinde zu dieser Zeit unkritisch überhöht wurde. Man neigte damals dazu, alle in Zusammenhang mit einer geistigen Behinderung beobachtbaren Schwierigkeiten und Auffälligkeiten auf die Isolation vom normalen Gemeindeleben und auf Stigmatisierungsprozesse zurückzuführen“ (S. 8).
- b) gegenüber den Folgen eines selektierenden Deinstitutionalisierens, von dem Menschen mit schweren Behinderungen nicht profitieren konnten: „Gerade für Personen mit einem schweren Grad einer geistigen Behinderung (...) stellte sich die Frage, ob die Integration nicht lediglich zu einer geografischen Veränderung und die Normalisierung zu einer oberflächlichen Anpassung werden würde“ (S. 9).
- c) gegenüber undemokratischen Strukturen innerhalb von Großeinrichtungen, die auch noch nach ihrer Dezentralisierung anzutreffen waren: „Dahinter stand die Überzeugung, dass die in großen Einrichtungen immer drohenden Entwertungstendenzen gegenüber den betreuten behinderten Menschen einerseits durch eine zentralistische, hierarchiebetonte Leitungsstruktur gefördert werden und dass andererseits respektierte, eigenverantwortlich handelnde Mitarbeiter den besten Schutz vor inhumane Betreuungsverhältnissen darstellen“ (S. 8).

Auf der Basis seiner Analysen zum Menschsein und dem Wesen von Behinderung gelangt Gaedt (ebd.) zur Beschreibung einer entwicklungspädagogischen Trias mit den Elementen a) Bildung, b) Assistenz und c) strukturelle Unterstützung. Daraus leitet er konkrete Schritte für Veränderungen innerhalb der Institution ab (vgl. z.B. den Markt, den die Bürgerinnen und Bürger in Neuerkerode gestalten) und fasst zusammen:

²⁵ Wenn hier das Konzept ein ‚Ort zum Leben‘ in Neuerkerode als Beispiel für Deinstitutionalisieren vorgestellt wird, dann geschieht dies wohl wissend um eine – teilweise polemisch und ideologisch geführte – Diskussion in der Vergangenheit (z.B. Gaedt, 1992; Haack, 1992). Unabhängig davon, ob a) eine Institution jemals soweit reformierbar ist, dass sie den Ansprüchen, die hinter dem Konzept des Deinstitutionalisierens stehen, gerecht werden kann, und b) wie lange die möglichen Vorzüge eines ‚Orts zum Leben‘ innerhalb der Institution gegenüber denen eines ‚Orts zum Leben‘ außerhalb der Institution überwiegend, kann die Beschäftigung – auch durch persönliche Einblicke – mit den Lebensbedingungen der Bürgerinnen und Bürger in Neuerkerode für eine Praxis des Deinstitutionalisierens generell fruchtbar sein. Ob jedoch die Haltung, die hinter diesem Konzept steht, auch ohne die entsprechenden Vorbilder, die diesen Ansatz geprägt haben, weiterbestehen kann, wird die Zukunft noch zeigen müssen.

Es wurde offensichtlich, dass ähnliche Effekte, wie sie bei der Auflösung von Langzeitabteilungen der Großkrankenhäusern mit nachfolgender Integration in die Gemeinde beschrieben wurden („De-Institutionalisierung“) auch durch Humanisierung der Lebensbedingungen und durch Umstrukturierungen innerhalb einer Institution erreicht werden konnten (...). Entscheidend bleibt dabei die Frage, ob die Betroffenen besser als bisher in Neuerkerode ihr persönliches Leben auch außerhalb der Wohngruppe in selbstbestimmter und vielfältiger Weise organisieren können würden (S. 8 f.).

Dementsprechend sieht er das Ziel für einen „Ort zum Leben“ darin, „Lebensbedingungen zu schaffen, die geistig behinderten Menschen ein möglichst normales Leben auch dann ermöglichen sollten, wenn die Anforderungen der normalen Gesellschaft eine unüberwindliche Hürde darstellten“ (S. 9).

Dennoch bleibt er in seiner Einschätzung offen, wo diese Orte zum Leben auch zukünftig sein werden. Damit greift er die bereits oben zitierte Äußerung auf: „It's not where but how you live“ (Kearney et al., 1995, zitiert nach Dalferth, 1999, S. 99). Gaedt (ebd.) schreibt hierzu:

Dieses Konzept darf nicht so missverstanden werden, dass ein „Ort zum Leben“ prinzipiell nur in Großeinrichtungen angestrebt werden kann. Im Gegenteil, dieses Konzept ist die prinzipielle Herausforderung, grundsätzlich jedes Betreuungsmodell zu prüfen, inwieweit damit „Orte zum Leben“ geschaffen werden können. Das gilt auch für gemeindeintegrierte Betreuungsformen. Es ist allerdings unvereinbar mit der weit verbreiteten Vorstellung, die vorgegebenen durchschnittlichen gesellschaftlichen Strukturen seien für alle Menschen alternativlos die einzige und deshalb normale Umwelt. Großeinrichtungen haben ein erhöhtes Risiko, sich zu inhumanen Institutionen zu entwickeln. Gelingt es jedoch, diese Risiken zu vermeiden, haben sie gute Chancen, auf dem Weg in Richtung „Ort zum Leben“ ein Stück näher zu kommen (S. 15).

5.5. Deinstitutionalisieren aus Sicht der Professionellen

Deinstitutionalisieren stellt – wie in den referierten Erfahrungsberichten bereits angedeutet – für die Menschen, die in Institutionen arbeiten, eine besondere Herausforderung dar. Sie müssen von vielfältigen Sicherheiten in Form von Routinen und Erfahrungen Abschied nehmen, es kommen neue Regulations- und Kompetenzanforderungen auf sie zu und sie erleben in der Phase des Übergangs in verstärktem Maße Unsicherheit bis hin zu Angst.

Auf der anderen Seite sind die Professionellen nicht nur passive Manövriermasse innerhalb des Deinstitutionalisierens oder Objekt, sondern unter der Voraussetzung von Partizipation Subjekte. Dies bedeutet, dass sie den Veränderungsprozess Idealerweise aktiv mitgestalten, dass sie zu „TrägerInnen der Umstrukturierung“ (Fraenkel, 1996) werden. Wenn das also gelingt, „dass *das größte Enthospitalisierungspotential – die MitarbeiterInnen* – sein Handlungs- und Gestaltungspotential so nutzen kann, dass sich die Last der Umgestaltung letztlich zu einer Lust am Umzug wandelt, dann ist das vor allem ein Gewinn für die, um die es eigentlich geht: die Menschen, die jetzt noch die Anstalt bewohnen“ (Steinhart & Gerst, 1996, S. 235, Hervorhebung im Original).

Steinhart und Gerst (ebd.) beschreiben die Herausforderungen an die Professionellen wie folgt: „Mit der Enthospitalisierung müssen sich die MitarbeiterInnen auf andere, unbekannte Arbeitswei-

sen einstellen, sich ihnen anpassen, ihre gewohnte Arbeitsumgebung verändern und häufig auch den Arbeitsplatz wechseln. Das sind zunächst Belastungen. In einer solchen Situation zeichnet sich eine positive Organisationskultur dadurch aus, dass die Unternehmensleitung nicht nur fordert, sondern dass sie auch Hilfe und Unterstützung bietet" (S. 218).

Dennoch sind dabei vielfältige offene und verdeckte Schwierigkeiten zu berücksichtigen. Rückholdt (1999) wählt hierzu das Bild eines Eisbergs, um zu verdeutlichen, dass der größte Teil unsichtbar unter Wasser liegt: dies sind die „Unterschwelligkeiten, informellen Strömungen und Affekte, die den Entwicklungsprozess beeinflussen. Es handelt sich um Themen und Zustände wie z.B. Ängste, gewachsene Beziehungsgefüge oder Seilschaften, emotionale Widerstände, Routinen, Rituale und Gewohnheiten, Machtansprüche, Konkurrenzen oder die Absicht, gewohnte Privilegien zu verteidigen" (S. 209). Nun gilt es, diese unterschweligen Variablen im Prozess ernst zu nehmen und zu reflektieren. „Der ‚menschliche Unsicherheitsfaktor‘ bei Veränderungsprozessen sollte nicht als irrational oder kontraproduktiv diskriminiert und behandelt werden, sondern als das, was er eigentlich ist: als einziger Erfolgsgarant, als Seismograph für Störungen und Fehlentwicklungen, als Ort der Kreativität, der Lebenskraft und Intuition" (S. 210).

Rückholdt (ebd.) beschreibt die Informationsvermittlung von Veränderungsprozessen unter schwierigen ökonomischen Rahmenbedingungen als einen Prozess, in dem die Professionellen Abschied nehmen müssen von hohen, idealisierten Erwartungen und vergleicht ihn so mit einem Trauerprozess: „Würdigung und Verabschiedung der Vergangenheit; Lösung von fixen Narrationen und Verklärungen über die ‚gute alte Zeit‘; Konfrontation mit der neuen Lebenswirklichkeit; Anerkennung und Annahme der damit verbundenen Affekte; Entscheidung für die aktive Gestaltung der Zukunft" (S. 215).

Aus der Befragung von Professionellen aus vier Deinstitutionalisierungs-Projekten konnten Laucke und Bruysten (2000) folgende schwierige Situationen identifizieren: a) den Umgang mit Krisen, b) den Umgang mit dem sozialen Umfeld, c) das Erleben von Sexualität, d) Kontaktschwierigkeiten mit den behinderten Menschen und e) Probleme in der Abgrenzung. Besonders die Schwierigkeiten im Umgang mit Krisen im Ablauf der unterschiedlichen Phasen des Enthospitalisierungs-Prozesses wurden von ihnen näher beleuchtet (Laucke, Bruysten & Wüllenweber, 2001).

Eisenberger (1999) beschreibt die Veränderungen im Tätigkeitsprofil der Professionellen im Zuge von Deinstitutionalisierungs-Projekten. So kamen mehr Verantwortung und flexiblere Aufgaben auf die Professionellen zu, die es erforderlich machten, dass sie selbständiger in ihrer Arbeitsgestaltung wurden. Diese Selbständigkeit der Professionellen führte aber auch zu einer erweiterten Selbständigkeit der behinderten Menschen (S. 162). „Der Grad der Selbständigkeit und der Verantwortung (der Autonomie der Teams) steigt bei den meisten der untersuchten dezentralen Einrichtungen mit der Entfernung zur Stammeinrichtung. Ist eine Wohngruppe zum Beispiel auf dem alten Gelände eingerichtet worden, bleibt sie meist an der Zentralversorgung angeschlossen oder es ist nur unter Schwierigkeiten möglich, sich von ihr abzukoppeln" (S. 163). Für den Veränderungsprozess fordert er, dass besonders das Wohlbefinden der Professionellen fokussiert wird:

Es scheint von entscheidender Bedeutung zu sein, die Rolle der Mitarbeiter/-innen im Veränderungsprozess von Einrichtungen unter fachlichen und unter subjektiven Bedingungen zu sehen. Fachlich unterstehen sie den Arbeitsbedingungen, die ihnen von Einrichtungsseite gestellt werden. Ihre Arbeit werten sie hingegen subjektiv. Die Entwicklung einer Motivation, den neuen Auftrag selbst mit inno-

vativen Ideen anzureichern und sich an seinem Gelingen zu beteiligen, ist an ein *subjektives Wohlbefinden* in der entsprechenden Arbeitssituation gebunden (S. 169, Hervorhebung im Original).

Er (ebd.) fasst die Rolle von Professionellen in institutionellen Veränderungsprozessen in vier Thesen zusammen:

1. Der Veränderungsprozess wurde von Beginn an dadurch beeinflusst, dass Mitarbeiter/-innen während der umfänglichen und täglichen Betreuung einen Paradigmenwechsel vollziehen mussten. Ihr Ringen um eine berufliche Identität wurde von der Sorge um ökonomische Sicherheit begleitet (drohende Arbeitslosigkeit).
2. Der Veränderungsprozess wird entscheidend davon beeinflusst, ob den Beteiligten aller Ebenen bewusst ist, dass das zentrale Moment von Veränderungsprozessen die Emanzipation ist. Bewohner/-innen emanzipieren sich durch den Erwerb von Kompetenzen (Erwerb von Macht über sich), Mitarbeiter/-innen emanzipieren sich durch die Selbständigkeit ihres Arbeitens (Erwerb von Macht über sich), und Leitungen emanzipieren sich von starren Kontroll- und Vorgesetztenfunktionen zu Kooperationspartner/-innen und Berater/-innen (Erwerb von Macht über sich) [hierbei ist anzumerken, dass eine Aufspaltung von ‚schlechten‘ Kontrollfunktionen und ‚guten‘ Beraterfunktionen als problematisch angesehen wird, es muss möglich sein, als Vorgesetzte Kontrolle in verantwortungsvoller Weise durchführen zu können, vgl. die von Niedecken, 2001, beschriebenen Spaltungsphänomene, aber auch Wüllenweber, 2008, Anmerkung J.G.].
3. Der Veränderungsprozess kann dadurch entscheidend beeinflusst werden, dass nicht alle der an ihm beteiligten Einflusskräfte genügend für ihn befähigt worden sind. Es bedarf einer Phase 0: der Planung eines gemeinsamen Veränderungsprozesses mit allen Beteiligten, d.h. Streuung der Aufgaben, Kompetenzzuweisungen, Planungsschritte etc.
4. Der Veränderungsprozess wird entscheidend dadurch beeinflusst, ob die Identifikation der Mitarbeiter/-innen mit ihren neuen Arbeitssituationen gelingt. Deshalb sollten Mitarbeiter/-innen an ihrer Planung frühzeitig beteiligt werden (S. 172 f.).

Bartelt (2005) betont in diesem Zusammenhang erneut die Bedeutung von Freiwilligkeit für die Teilnahme an Veränderungsprojekten als Voraussetzung für ihr Gelingen.

Für die Enthospitalisierung im Rheinland beschreiben Wedekind et al. (1994) eine Zunahme an Arbeitszufriedenheit in Außenwohngruppen. Diesen Effekt erwartet auch Kruckenberg (1999) aufgrund der Erfahrungen in der Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg. Er beschreibt aber auch die mit dem Veränderungsprozess einher gegangenen Konflikte in der Mitarbeiterschaft und zur Leitung. Die Veränderungen der Arbeitsform stellen aus seiner Sicht „hohe Anforderungen an die Kompetenz und Flexibilität der Mitarbeiter, die im Umstellungszeitraum besondere Qualifizierungsmaßnahmen erfordern“ (S. 146).

Für das Deinstitutionalisieren in Lilienthal berichtet Jantzen (2003) demgegenüber von einer höheren Akzeptanz der Professionellen, die er auf ihre konsequente Beteiligung zurückführt, auch wenn anfänglich Kritik geäußert wurde.

Dalferth (2000) berichtet ausführlich für sein Projekt über die Sicht der Professionellen. Den Mitarbeitern der abgebenden Psychiatrie wurde im Vorfeld eine Arbeitsplatzgarantie gegeben, um von vorneherein einen negativen Kreislauf bis hin zum Scheitern des Projektes durch selbsterfüllende Prophezeiungen zu verhindern. Für die Menschen, die in der neuen, gemeinwesenintegrierten Wohngruppe arbeiteten, stellt er fest: Für 14 Bewohner standen 18,5 Fach- und Hilfskräfte zur

Verfügung, die meisten davon mit abgeschlossener Ausbildung, teilweise noch in Ausbildung. Die Fluktuationsquote im Untersuchungszeitraum von drei Jahren betrug 38 %. Gerade die Tatsache, dass sich einige Professionelle in Ausbildung befanden, wird positiv bewertet, da dies zur regelmäßigen Durchführung von Förderprojekten im Rahmen der Ausbildung führte. Gerade in der ersten Zeit nach den Einzügen kam es zu einer hohen Arbeits- und Stressbelastung, die eine hohe Präsenz von Leitungs- und Fachdienstkräften erforderlich machte. Nach einer ersten Stabilisierung konnte diese Präsenz reduziert werden. Am Ende des ersten Jahres zeichneten sich vermehrt Teamkonflikte ab, die eine Fokussierung erforderlich machten. Die Prioritätensetzung auf die Bewältigung der Teamkonflikte durch die Leitung wurde begrüßt, da dadurch eine negative Rückkopplung der Verunsicherung auf die behinderten Menschen verhindert bzw. abgemildert werden konnte. So fordert Dalferth (ebd.) für die Rolle der Leitung, „immer wieder neu ein quasistabiles Gleichgewicht zwischen Mitarbeiterinteressen und Bewohnerbedürfnissen herzustellen“ (S. 82 f.). Im Umgang der Professionellen mit den langzeithospitalisierten Menschen mit geistiger Behinderung beschreibt Dalferth einen eher wechselhaften Verlauf. Während anfangs große Euphorie bestand angesichts qualitativ unerwarteter Entwicklungsfortschritte in den ersten Wochen nach Umzug, veränderte sich diese Haltung im Verlauf der nächsten zwölf Monate. Hier führte Stagnation in den Entwicklungen und das Durchbrechen bekannter Verhaltensmuster zu Verunsicherung, Enttäuschung und auch Rückzug der Professionellen. Er (ebd.) fasst zusammen:

Eine Überschätzung der potentiellen Entwicklungsmöglichkeiten mündet zwangsläufig in eine Überforderung der Bewohner. Sie führt aber auch dazu, die Qualität der eigenen Arbeit zunehmend in Frage zu stellen und die Effektivität der Betreuung generell in Zweifel zu ziehen. Die Überschätzung und Unterschätzung resultiert aber letztlich nicht aus dem tatsächlichen Verhalten der Bewohner, vielmehr ist die Höhe der Messlatte ausschlaggebend, die von den Mitarbeitern für die Erreichung ihrer Ziele angelegt wird. (...) Sie sind folglich auf eine intensive Reflexion des eigenen Handelns, auf feedback und auf eine realistische Reduzierung ihrer Erwartungen bzw. Anpassung an real mögliche Entwicklungen bei den Bewohnern angewiesen (S. 83 f.).

Neben dem Umgang mit zunehmenden Anforderungen kann darüber hinaus als Frage formuliert werden, welche Professionellen das Veränderungsprojekt begleiten. Offen wird dabei diskutiert, ob das alte Pflegepersonal geeignet ist, die Enthospitalisierung der betroffenen Personen zu begleiten, da sie der Veränderung oftmals durch mangelnde Transparenz und eigene Ängste kritisch gegenüber stehen, auf der anderen Seite aber sichere Bezugspersonen darstellen (vgl. BSASFF, 2001). In Deinstitutionalisierungs-Projekten, die auf Transparenz und Freiwilligkeit ausgerichtet sind, sind es demgegenüber besonders häufig engagierte und fortschrittlich denkende Professionelle, die oft gegen den Widerstand von Vorgesetzten kämpfen müssen. So ergibt sich auf Seite der Professionellen eine Selektion, es droht eine „Kultur der Zurückgebliebenen“ (Rückholdt, 1999, S. 220), die sich im Spannungsfeld zweier Extreme etabliert: „1. Zum einen war es möglich, in den Alltag einer zwar verkleinerten und kosmetisch gelifteten, ihrem Wesen nach aber fortbestehenden ‚Totalen Institution‘ zurückzufallen; 2. zum anderen war es erforderlich, durch das Zurückgebliebensein nicht in das Hintertreffen zu geraten“ (ebd.).

Rückholdt (ebd.) zieht daraus als Fazit für die Professionellen in Veränderungsprozessen:

- besser gut zu beraten als gut zu versorgen;
- den Wohnort der Klientinnen und Klienten als eigene Häuslichkeit anzuerkennen;
- sich aus dem Privatleben der Bewohnerinnen und Bewohner so weit wie möglich herauszuhalten;

- nicht-professionelle Hilfe und persönliche Netzwerke der Klientel einzubeziehen;
- sich so weit wie nur möglich ambulant zu organisieren oder zumindest Verbundstrukturen zwischen einzelnen Teams zu begründen;
- Dienst- und Personaleinsatzpläne auf die Anwesenheit und die besonderen Bedürfnisse der Klientel einzustellen;
- sich mit differenzierten Angeboten und Wohnformen auf den besonderen Hilfebedarf der einzelnen Menschen zu spezialisieren;
- multiprofessionelle Arbeitsteilung vorzunehmen und die Kernfunktion der Hilfeleistung zu stärken;
- sich mittels individueller Hilfe- oder Perspektivplanung immer wieder neu auf Bedarf und Bedürfnis eines einzelnen Klienten einzustimmen;
- sich überflüssig zu machen und zurückzuziehen, wo Hilfe nicht mehr erforderlich ist (S. 224).

Abschließend verweist Dörner (2003) darauf, dass mit Deinstitutionalisieren sich die Verantwortung der Professionellen verändert. Fühlen diese sich innerhalb einer Institution vorrangig für die ihnen anvertrauten Menschen verantwortlich, verändert sich dies in der Kommune, hier wird mehr Verantwortung für Beziehungen zwischen Menschen übernommen. Und Jantzen (2003) fasst zusammen: „Deinstitutionalisierung muss sichern, dass dauerhaft moralische Verantwortung an die Stelle technisch-formaler Verantwortung treten kann“ (S. 71).

5.6. Wirtschaftliche Fragestellungen um Deinstitutionalisieren

Die Antwort des Deinstitutionalisierens auf die Veränderungen innerhalb des komplexen Systems der Behindertenhilfe kann nicht von wirtschaftlichen Fragestellungen losgelöst werden. Es muss festgestellt werden, dass die Forderung nach Deinstitutionalisieren gerade in einer Zeit gestellt wurde, da die staatlichen Sozialausgaben explosionsartig gestiegen waren²⁶. Krüger (1999, S. 289) berichtet von dem Anstieg der Kosten für Eingliederungshilfe von 1990 bis 1995 um fast 100 % bei nur geringem Anstieg der Empfängerzahlen, was auch Konrad und Völkel-Recht (2007, S. 6) bestätigen.

Bezüglich der Kosten des Deinstitutionalisierens gibt es unterschiedliche Einschätzungen und mittlerweile auch Befunde, die sich aufgrund der zugrundeliegenden Definition unterscheiden.

Für das Dezentralisieren stellte Bradl bereits 1996 fest: „Dezentralisierung erweist sich eindeutig nicht als teurer. Auch hinter Kostenargumenten sind häufig ganz unwirtschaftliche Interessen aus-

²⁶ Somit stellt sich die Frage, ob das Motiv beim Deinstitutionalisieren in der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen, die in Institutionen leben, oder in Kosteneinsparung liegt. Erneut ist dabei von einem ‚sowohl-als auch‘ auszugehen. In der sich verändernden Behindertenhilfe muss neben der Frage der Effektivität auch die Frage der Ökonomie nach der Effizienz erlaubt sein. Dies alleine führt noch nicht in die Schattenseiten der Ökonomisierung, die noch vorzustellen sein werden, sondern dient dazu, eingefahrene Wege immer wieder neu zu überprüfen: Wie lassen sich die Ressourcen innerhalb der Behindertenhilfe am effektivsten nutzen. Wieviel Ressourcen dabei zur Verfügung gestellt werden, wie die Mittel einer Gesellschaft verteilt werden, ist eine politische Frage. Ob Deinstitutionalisieren nun ein Weg sein kann, die Ressourcen effizienter im Sinne von Kosten-Nutzen-Relation zu verwenden, steht nicht im Fokus der vorliegenden Untersuchung. Der Gewinn bzw. der Preis, der von allen Beteiligten gezahlt werden muss für Deinstitutionalisieren, wird in der vorliegenden Untersuchung unter dem Fokus pädagogisch-psychologischer Aspekte vorgestellt und diskutiert, nicht unter dem Fokus der Wirtschaftlichkeit.

zumachen. Es ist z.B. absurd, wieviel Geld in die interne Sanierung eines alten Klinikgebäudes gesteckt wird, während für wesentlich weniger Geld draußen viel geeigneterer Wohnraum zu erwerben oder zu bauen wäre. Es führt auch zu künstlicher Verteuerung, wenn trotz Auszug nach draußen und Selbstversorgung immer noch zentrale Versorgungseinrichtungen mitzufinanzieren und Serviceleistungen an die Kliniken zu entrichten sind" (Bradl, 1996a, S. 145). Demgegenüber stellt von Lüpke (1996) fest, dass gerade die hohen Investitionskosten für dezentrale Wohnheime ihre Schaffung behindern und verzögern.

Hier setzt gegenwärtig die Aktion Mensch mit ihrem Anfang dieses Jahrzehnts aufgelegtem Förderprogramm für Groß- und Komplexeinrichtungen an (Aktion Mensch, 2007:

Im Rahmen eines zeitlich befristeten Förderschwerpunktes will die Aktion Mensch mit dazu beitragen, Wohnangebote in Groß- und Komplexeinrichtungen zunehmend durch gemeindeintegrierte Betreuungsangebote abzulösen. So sollen für Menschen mit Behinderungen mehr Möglichkeiten entstehen, sich für eine eigenständige Lebensform entscheiden zu können. *Intention der Förderung ist es, Antragsteller zu unterstützen, die eine grundlegende konzeptionelle und räumliche Umstrukturierung von Groß- und Komplexeinrichtungen in Angriff nehmen* (S. 1, Hervorhebung J.G.).

Dabei wird die Schaffung von kleinen, gemeindeintegrierten Wohnformen fokussiert, die Investitionsförderung von Wohnangeboten ist „auf Einrichtungen mit maximal 24 Plätzen beschränkt. Diese Zahl darf an einem Standort in unmittelbaren räumlichen Zusammenhang mit anderen Wohnheimplätzen nicht überschritten werden, um eine erneute Konzentration von Einrichtungen zu vermeiden" (S. 2). Entsprechende Projekte sollen u.a. folgende Aspekte berücksichtigen: „Interessen von Nutzern, Angehörigen und gesetzlichen BetreuerInnen aufgreifen, (...), Vorbereitung und Befähigung von Menschen mit Behinderung im Hinblick auf neue Lebens- und Betreuungsformen, (...), Weiterbildung, Schulung und Qualifizierung des Personals realisieren und den Einsatz von Mitarbeitern in neue Aufgabenfelder planen" (ebd.).

Dabei bleibt jedoch offen, inwieweit diese eher räumlichen Veränderungen auch tatsächlich zu Veränderungen der Beteiligten und ihrer Haltung führen werden. So ist für die Schätzung der Kosten eines weitreichenden Deinstitutionalisierens eine differenzierte Analyse nötig.

Konrad und Völkel-Recht (2007) verweisen auf die Erfahrungen in skandinavischen Ländern. Dort konnten besonders Menschen mit hohem Hilfebedarf von den Strukturreformen profitieren und erfahren eine deutlich bessere Qualität ihrer Begleitung und mehr Möglichkeiten ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Diese Reformen standen jedoch nicht unter dem Ziel der Kosteneinsparungen. Diese sind – im Vergleich zur Fortführung der Heimbetreuung – nicht gestiegen, aber eben auch nicht gesunken (S. 7). In einer eigenen Untersuchung simulierten sie exemplarisch die Kosten im Falle einer weitreichenden Ambulantisierung in Bayern und verglichen diese mit den aktuellen Kosten der stationären Versorgung. Maßgeblich in der Berechnung war die Herstellung vergleichbarer Leistungsinhalte und -umfänge. „Dabei zeigt sich, dass die Kosten simulierter ambulanter Betreuung in allen Hilfebedarfgruppen höher sind als die Kosten für vergleichbare Leistungen in der stationären Betreuung" (S. 5). Der Kostenvorteil der stationären Betreuung lässt sich in allen Hilfebedarfgruppen beobachten, steigt jedoch deutlich in den höheren Hilfebedarfgruppen (in der Hilfebedarfgruppe 5 um fast 200 %, S. 90). Sie (ebd.) kommen zu dem Schluss:

Soll Ambulantisierung im Sinne einer Deinstitutionalisierung verstanden werden, müssen damit verbundene Fragen wie die Versorgung von Menschen mit schwersten Behinderungen, Abdeckung des nächtlichen Hilfebedarfs in der ambulanten Versorgung etc. mit berücksichtigt, inhaltlich ausgestaltet und finanziell berücksichtigt werden. Eine Ambulantisierung aller Personenkreise ist inhaltlich – wie die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen – möglich. Die entsprechenden Rahmenbedingungen hierfür müssten aber noch entwickelt werden (S. 92).

Kritisch wird diskutiert, inwieweit alle Parameter der Simulation die tatsächlichen Bedarfe erfassen, zumal bestimmte Infrastrukturmaßnahmen (z.B. Verkehrsanbindung in ländlichen Gebieten) schwer zu quantifizieren sind. Zudem wurden Folgekosten, z.B. die Auswirkungen der zunehmenden Ambulantisierung auf die Kosten in den bestehenden Einrichtungen, nicht weiter vertiefend untersucht. Auch Dalferth (2000, S. 47) kommt für Menschen mit massiven Verhaltensauffälligkeiten zu dem Schluss, dass mit der Schaffung kleinerer Wohneinheiten kurzfristig keine Kostenersparnis zu verbinden ist.

Mansell et al. (2007) kommen in ihrer Untersuchung, die die Situation in 28 europäischen Ländern vergleicht, zu einer deutlich optimistischeren Einschätzung, die sie bezüglich der Kostenseite wie folgt zusammen fassen:

Wenn die bereits existierende Versorgung in Institutionen relativ kostengünstig ist, können Entscheidungsträger davon ausgehen, dass Bewohner mit leichteren Behinderungen im Rahmen guter gemeindeintegrierter Dienste bei gleicher oder besserer Versorgungsqualität zu den gleichen oder niedrigeren Kosten versorgt werden können und somit die Kostenwirksamkeit in dieser Gemeinde gleich bleibt oder sogar steigt. Eine gute gemeindeintegrierte Versorgung von Bewohnern mit schwereren Behinderungen aus kostengünstigen Großeinrichtungen wird dagegen teurer zu stehen kommen, wobei aber auch die Qualität sich deutlich erhöhen wird, sodass die Kosteneffizienz letztlich im gemeindeintegrierten Modell gleichwertig oder besser ausfällt. (Entscheidungsträger sollten übrigens besser nicht davon ausgehen, dass sie die Kosten der Versorgung in Großeinrichtungen auf Dauer niedrig halten können.) (...) Bei teureren Großeinrichtungen können Entscheidungsträger davon ausgehen, dass Bewohner mit leichteren Behinderungen im Rahmen guter gemeindeintegrierter Dienste bei gleicher oder besserer Versorgungsqualität zu niedrigeren Kosten versorgt werden können. Die Kostenwirksamkeit des gemeindeintegrierten Modells ist hierbei also besser. Eine gute gemeindeintegrierte Versorgung von Menschen mit schwereren Behinderungen aus teureren Großeinrichtungen wird genau so viel kosten, wobei die Versorgungsqualität besser sein wird. Folglich ist auch hier die Kosteneffizienz des gemeindeintegrierten Modells besser (S. 8 f.).

Ihr entsprechendes Fazit lautet daher: „Innerhalb eines guten Gesundheitssystems ist der Kostenaufwand für Menschen mit grundlegenden Behinderungen in der Regel sehr hoch, egal wo diese Menschen leben. (...) Kostengünstige institutionelle Versorgung ist fast immer von niedriger Qualität“ (S. 7, Hervorhebung im Original).

Für die Träger fasst das Sozialministerium Baden-Württemberg (SMBW, 2005) die wirtschaftlichen Chancen und Risiken des Deinstitutionalisierens zusammen (S. 21). Insgesamt werden für die Träger und Sozialkonzerne verschiedene Anforderungen in Zusammenhang mit der Ambulantisierung diskutiert. Kaczmarek (2005) fordert beispielsweise:

- Ambulante Behindertenhilfe benötigt neue Strukturen und eine komplett neue Organisation;

- sie benötigt Dienstleistungen außerhalb der Eingliederungshilfe und unternehmerisches Wachstum;
- „Versorgungsstrukturen werden nicht über Absichtserklärungen gesteuert, sondern über Geld“ (ebd.); sowie
- outputorientierte Vergütungsstrukturen und klare Vereinbarungen zur Ergebnisqualität als Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung der Behindertenhilfe.

Auch Halfar und Kunze (2008) merken aus Sicht eines Trägers rückblickend an, „je mehr Geld und finanzielle Sicherheit ein Träger hatte, desto mehr Hilfe konnte er anbieten“ (S. 334). Die Kostensteigerungen führten dann jedoch zu großen Herausforderungen: „Die Steuerungslogik der Träger hat darauf nicht mit fachlicher und betriebswirtschaftlicher Raffinesse reagiert, sondern mit kostentreibenden Strategien der Professionalisierung. Zunehmende Kontrollanforderungen (Dokumentation, Kontrollen, Aufsichtsmaßnahmen, Qualitätsmanagement) verstärkten den Effekt“ (S. 334). Demgegenüber wünschen sie sich eine konsequente Kundenorientierung: „Dann ist es o.k., sogar geboten, Geld verdienen zu wollen, ist es o.k., Prozesse wirtschaftlich zu organisieren, ist es o.k., Personal gezielt einzustellen – auch im Hinblick auf Qualifikation und Preis, Teilzeit/Vollzeit, Befristung etc. –, wie es das eigene ‚Produkt‘ erfordert, aber auch refinanziert“ (S. 335). Ob sie sich in ihrem Bemühen um „Wertschöpfung“ (ebd.) tatsächlich einer Auseinandersetzung mit den Werten der Behindertenhilfe stellen, ist – stellvertretend für die entsprechende gesamte Entwicklung in der Behindertenhilfe – anzuzweifeln. Wo in diesem Denken der Platz für die Sicht und Bedürfnisse der Menschen, die in der Institution leben, bleibt, ist dann möglicherweise nicht mehr erkennbar.

Zudem „geht [es] um eine neue Führungskultur. Autonomie für Menschen mit Behinderung korrespondiert mit Autonomie von Führungskräften in einem zuverlässigen Gestaltungsrahmen. Führung bedeutet, nicht nur den vorgegebenen Ablauf zu steuern, sondern ggf. einzugreifen, Prozesse neu zu definieren, Qualitäten zu hinterfragen, Personal zu entwickeln, aber auch auszutauschen, zu versetzen etc., wenn die Anforderungen der Nutzer dies nahelegen“ (S. 336). Wie in dieser neuen Kultur noch notwendige Prinzipien der Partizipation realisiert werden, ist dann ebenfalls nicht mehr erkennbar. Vielmehr droht eine entsprechende Haltung unter der Oberfläche einer sogenannten Kundenorientierung traditionelle Hierarchien und damit tiefgreifende Muster der Machtverteilung zu festigen, die Gefahr laufen, sich auf den weiteren Hierarchieebene bis hinab zu den Menschen, die in der Institution leben, zu reproduzieren. Weitere mögliche Gefahren dieser Haltung werden weiter unten noch zu diskutieren sein.

5.7. Zusammenfassung und Ausblick

Das Bild vom Deinstitutionalisieren ist vielfältig und teilweise unübersichtlich. Dies liegt zunächst an internationalen Unterschieden und historischen Entwicklungen, die dazu führen, jeweils andere Aspekte zu betonen. Daraus resultiert auch eine begriffliche Vielfalt, die es erforderlich macht, immer wieder die zugrundeliegenden Bedeutungen zu klären.

Zusammengefasst lässt sich zu den Chancen des Deinstitutionalisierens sagen, dass es eine Antwort auf die veränderten Sichtweisen der Behindertenhilfe darstellt: in den zurückliegende Jahren haben sich die Sicht auf Behinderung und ihre Ursachen, die Sicht auf Lebensqualität behinderter

Menschen, die Sicht auf Versorgungsfragen sowie die Sicht auf die Professionellen verändert. Schließlich wird der Sicht der Betroffenen, der behinderten Menschen selber, mehr Gewicht eingeräumt. Deinstitutionalisieren berücksichtigt diese Sichtweisen und bietet eine zunächst formale Antwort, damit Orte zum Wohnen zu Orten zum Leben werden können. Dies ist mehr als eine Enthospitalisierung, die bedroht ist, zu einer Umhospitalisierung zu werden. Sie setzt an den Mechanismen totaler Institutionen an und versucht, die der Institution immanenten Aspekte struktureller Gewalt zu reduzieren. So wird sie zu einer inhaltlichen Antwort. Deinstitutionalisieren hat sich international bewährt, auch wenn es dabei große Unterschiede gibt, was noch als Institution verstanden wird. Während in Skandinavien Wohnformen mit mehr als sechs Plätzen schon als Institutionen angesehen werden, erscheint in Deutschland die von der Aktion Mensch vorgegebene maximale Platzzahl pro förderungswürdiger Wohneinheit von 24 Menschen in vielen Fällen noch als großer Fortschritt, auch wenn sie bei dieser Größe de facto eine Institution bleiben wird. Zahlreichen Untersuchungen zufolge führt Deinstitutionalisieren übereinstimmend zu einer Erweiterung der Kompetenzen und einem Zuwachs an Lebensqualität der beteiligten Menschen (vgl. im Überblick Metzler & Rauscher, 2005; Dalferth, 2000; Theunissen, 1999; Kief, 1994). Für gelingende Enthospitalisierungs-Programme werden klare politische Rahmenvereinbarung (vgl. Hoffmann, 1998, S. 150) und eine ausreichende finanzielle Ausstattung (vgl. neben vielen weiteren Dalferth, 2000, S. 47) sowie ausreichend Zeit gefordert (vgl. BSASFF, 2001, S. 113). Bartelt (2005) sieht als notwendige Bedingung von Deinstitutionalisieren a) die Beteiligung der Betroffenen, wobei er die Freiwilligkeit dazu betont, b) die Fachlichkeit und c) die Beratung, wobei der Transfer von Konzepten und besonders der entsprechenden Grundhaltung zur Herausforderung werden.

Deinstitutionalisieren birgt aber auch Risiken:

- a) Diese liegen den Untersuchungen aus den USA zufolge darin, dass die Qualität der Versorgung in den dezentralen Wohnformen deutlich schlechter sein und es so zu einer höheren Sterblichkeitsrate kommen kann. Dies liegt zum einen an einer geringeren Kontrolle der Standards und zum anderen an der Zielvorgabe Kosteneinsparung. So weist Plog 1996 darauf hin, dass die moderne Gemeindepsychiatrie auch weiterhin auf Institutionen angewiesen sein wird. Ausgehend von den Schwierigkeiten in der Organisation von Hilfen in einer zunehmenden Unübersichtlichkeit fordert Schädler (2004) sogar eine „Re-Institutionalisierung“, zumindest für offene Hilfen, damit diese stabil und entsprechend bestimmten Standards erbracht werden können – eine Forderung, der durch Weber (2004) deutlich widersprochen wird.
- b) Somit liegt ein weiteres Risiko des Deinstitutionalisierens darin, dass lediglich formale Aspekte berücksichtigt werden, z.B. reine räumliche Veränderungen und es somit unumgänglich zu einer Re-Institutionalisierung (Dörner, 1998a, S. 13) kommt. Sobald dies der Fall ist, besteht die Gefahr, dass die inhaltlichen Aspekte des Deinstitutionalisierens aus dem Blick geraten. Hierin kann eine Erklärung für den berichteten Plateau-Effekt liegen, wonach die positiven Veränderungen für die Menschen, die aus Institutionen ausziehen, langfristig nicht anhalten. Dies könnte dann darin liegen, dass die Mechanismen der institutionellen Versorgung mit ihren immanenten Aspekten struktureller Gewalt erneut wirksam werden. Kunze (2001) verweist darauf, dass Deinstitutionalisierung im Kopf der Beteiligten beginnen muss und nicht an äußeren Veränderungen. Die Strukturen innerhalb totaler Institutionen drohen ohne diese kritische Selbstreflexion sich durch die alltäglichen Handlungen der Menschen, die in ihnen leben und arbeiten, auch an neuen Orten zu reproduzieren, wie Rückholdt (1999, S. 216) dies für die Rolle der

Professionellen beschreibt. Die mit Deinstitutionalisieren einhergehenden Veränderungen sind demnach nicht von einer Veränderung der pädagogischen und organisatorischen Konzepte zu entkoppeln. So sieht denn auch Jantzen (1999b) im Deinstitutionalisieren den entscheidenden Faktor für Qualitätssicherung: „Diese ist jedoch nur möglich, wenn sich die *innere* Organisation der Einrichtungen entsprechend diesen Notwendigkeiten gravierend ändert“ (S. 236, Hervorhebung J.G.). Dennoch bleibt als offene Frage, wohin sich die ehemaligen Institutionen verändern. Buchinger (2007) verweist zu Recht darauf, dass mit der „Entinstitutionalisierung“ die Institution nicht verschwindet, sie wird nur abgelöst durch etwas neues, etwas, das schwerer zu verstehen ist als die alte Form der Institution. Sie spricht in diesem Zusammenhang von der Entinstitutionalisierung als einem Prozess des Übergangs zur Bildung neuer Formen von Institutionen, die es dann zu analysieren gilt.

- c) Ein weiteres Risiko besteht in der Selektion und damit der bevorzugten Teilnahme von Menschen mit leichter geistiger Behinderung an Projekten des Deinstitutionalisierens. Diese Selektionseffekte führen auf der anderen Seite zum Zurückbleiben einer Restgruppe, z.B. von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und/oder schweren herausfordernden Verhaltensweisen. Dementsprechend ist die Forderung im Sinne eines kategorischen Imperativs, mit dem Schwächsten zu beginnen, um das gesamte Projekt des Deinstitutionalisierens nicht zu gefährden. Diese Selektion findet sich womöglich auch bei den Professionellen und es wäre zu überlegen, ob Dörners kategorischer Imperativ auch bei den Professionellen Gültigkeit haben könnte.
- d) Risiken ergeben sich für das Deinstitutionalisieren auch durch die mit der Veränderung einhergehende Unsicherheit. „Psychologisch betrachtet, müssen Angst und Angstabwehr als wesentliche Gründe für den Widerstand gegen die Auflösung Totaler Institutionen betrachtet werden“ (Rückholdt, 1999, S. 217). Er nennt dabei besonders die Angst vor Kontrollverlust bzw. das Bedürfnis nach Erhalt von Verhaltenssicherheiten. Diese Ängste finden sich bei allen Beteiligten, wie zu zeigen ist:

Menschen, die in Institutionen leben, und besonders ihre Angehörigen haben Angst vor einer Verschlechterung der Versorgungs- und Betreuungsqualität. Das Erhalten des Ist-Standes wird als sicherer angesehen als eine Veränderung hin zu etwas Unbekanntem. So schreibt die Vorsitzende des Bundesverbandes Hilfe für das autistische Kind Blohm 1997 mit Bezug auf die Berichte über erhöhte Sterblichkeitsraten in gemeindenahen Wohnformen in den USA: „Wir Eltern werden immer am besten wissen, was für unsere Kinder am besten wäre (...) Wir bestimmen also ihr Leben, das ist nicht das Schlechteste für sie“ (zitiert nach Klauß, 2000a, S. 5).

Menschen, die in Institutionen arbeiten, haben Angst um ihren Arbeitsplatz, sind durch Veränderungen ihres professionellen Selbstverständnisses verunsichert, werden in einer zunehmend komplexen Arbeitsrealität möglicherweise überfordert und mit teilweise paradoxen Arbeitsaufträgen alleine gelassen.

Die Träger und Leitungen von Institutionen haben Angst vor kostspieligen Fehlern, davor, ihrer Verantwortung nicht mehr gerecht werden zu können, aber auch vor Machtverlust. Dörner (1999) schreibt hierzu: „Ich habe zudem hinreichend lange in Heimen gearbeitet, um nachweisen zu können, dass auch von den chronisch psychisch Kranken in den Heimen mindestens 70 % auf der Stelle oder in kurzer Zeit in eine eigene Wohnung mit nur ambulant betreutem Wohnen entlassen werden könnten, *wenn der Heimträger es nur wollte*“ (S. 315, Hervorhebung J.G.). Krüger (1999) ist

einer der wenigen, die das Verhalten der Träger, insbesondere bei stark hierarchischen Trägerstrukturen, in Veränderungsprozessen kritisch beleuchtet. Vor diesem Hintergrund ist für die Analyse von innovativen Projekten neben dem Innovationspotential der Professionellen das Innovationspotential der Trägerstrukturen ebenfalls von Bedeutung. Hier scheinen Strategien zu bestehen, die im Deinstitutionalisieren weniger das kritische In-Frage-Stellen der eigenen Strukturen sehen, als eine geeignete Möglichkeit zum Machterhalt und –ausbau. „Die Totale Institution hatte sich nur deshalb aufgelöst, um sich in eine Vielzahl kleiner Ableger aufzuteilen und gleichzeitig einer weiterhin zentral organisierten Verwaltungsmacht gegenüberzustehen“ (Rückholdt, 1999, S. 221)²⁷. Hier entstehen dann äußerlich fragmentierte Konzerne innerhalb der Behindertenhilfe von gewaltiger Größe, die jedoch von ihrer inneren Struktur weiterhin möglicherweise traditionellen und damit hierarchischen Denkmustern verbunden bleiben.

Das Umfeld von Institutionen, die Gesellschaft, hat Angst vor dem Fremden, das mit dem Deinstitutionalisieren immer stärker auf sie zukommt (vgl. Dörner, 1998b; Jantzen, 1997). Diese Angst spiegelt sich in Klagen, z.B. dem „Kölner Urteil“ (Theben, 1999), aber auch in anderen Formen des Protests (z.B. in Villingen-Schwenningen, Walheim, 2007). Sie spiegelt sich auch in der mangelnden gesundheitlichen Versorgung, die sich (noch) nicht ausreichend auf die Inanspruchnahme durch Menschen mit geistiger Behinderung eingestellt hat (Positionspapier „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung“, Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, 1998). Diese Angst kann – historisch betrachtet – bis zur Vernichtung von behinderten Menschen führen.

Zusammenfassend verhält es sich mit den Risiken des Deinstitutionalisierens, wie Dörner 2001 prognostizierte: „Wenn Sie also tatsächlich Deinstitutionalisierung wollen, müssen Sie wissen, dass Sie sich damit nichts als Ärger einhandeln und sich alle Leute zu Gegnern machen. Alle müssen dagegen sein. Und es ist erlaubt, dass alle dagegen sind. Das ist das Schlimme an der Sache“ (S. 6)

Diese Chancen und Risiken des Deinstitutionalisierens, eingebettet in die kritische Analyse bestehender Diskurse um Menschen, die in Institutionen leben und arbeiten, im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit, stellen nun die Eckpunkte der im Folgenden vorzustellenden empirischen Untersuchung eines exemplarischen Prozesses des Deinstitutionalisierens.

²⁷ Hinter dieser Strategie steht möglicherweise die Redewendung „teile und herrsche“ und damit das Prinzip, unter Gegnern Zwietracht und Uneinigkeit zu säen, um so in der Machtausübung ungestört zu bleiben.

Wer nicht fragt, bleibt dumm.
Sesamstrasse

6. Fragestellung

Deinstitutionalisieren wurde in den vergangenen Jahren als Programm in der stationären Behindertenhilfe eingeführt, um durch die Reduzierung des institutionellen Charakters der Versorgung eine größere Personenzentrierung der Hilfen zu erzielen. Das Programm ist international und national bereits häufig durchgeführt worden, die entsprechenden Befunde verweisen auf überwiegend positive Effekte, aber auch mögliche Risiken, so dass eine differenzierte Betrachtung der Implementierung und Umsetzung dieses Programms nötig ist.

Für Menschen, die in der Institution leben, sollen durch Deinstitutionalisieren mehr Möglichkeiten in Richtung Selbstbestimmung, Nutzung eigener Empowerment-Potentiale und Erweiterung der Lebensqualität geschaffen werden. Für die Menschen, die in Institutionen arbeiten, sollen die Anforderungen an Flexibilität zunehmen, aber auch Handlungs- und Entscheidungsspielräume erweitert werden.

Das Programm hat vermutlich darüber hinaus differenzierte Auswirkungen a) auf die Angehörigen, die das Programm mitunter sorgenvoll begleiten, b) auf das gesellschaftliche Umfeld, das entsprechenden Projekten mitunter kritisch bis ablehnend gegenüber steht und c) auf die Institutionen selbst, die sich im Spannungsfeld bewegen zwischen Auflösung und Machterweiterung unter fragmentierten Bedingungen. Die letzten drei Aspekte stehen nicht im empirischen Fokus der vorliegenden Arbeit.

Für die erstgenannten Zielgruppen ergeben sich folgende Fragestellungen an die Untersuchung:

1. Welche Auswirkungen hat ein Programm des Deinstitutionalisierens auf die beteiligten Menschen, die in der Institution leben?
- 1.a) Lassen sich die berichteten Befunde über die positive Auswirkung von Deinstitutionalisierungsmaßnahmen auf die Lebensqualität, Teilhabemöglichkeiten, Kompetenzentwicklung und Zufriedenheit bestätigen? „Ermöglichen dezentrale Wohnformen einen Zugewinn an Lebensqualität“ (Dalferth, 2000, S. 28)? Wenn ja, lassen sich diese quantifizieren und über den Vergleich mit einer Kontrollgruppe generalisieren?
- 1.b) Lassen sich die berichteten Hinweise auf Risiken, besonders auf Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung in dezentralen Wohnformen, bestätigen? „Gibt es Gefahren, die eine dezentrale gemeindenahе Betreuung schwerstbehinderter Menschen mit sich bringt“ (Dalferth, ebd., S. 28)? Wenn es diese gibt, lassen auch diese sich quantifizieren und über den Vergleich mit einer Kontrollgruppe generalisieren?
- 1.c) Welche unterschiedlichen Auswirkungen ergeben sich aus dem Programm des Deinstitutionalisierens zwischen institutionsinternen Ansätzen (Erweiterung der Lebensstandards innerhalb der Institution) und institutionsexternen Ansätzen (Schaffung dezentraler, gemeinwesenintegrierter Wohnformen)? Kommt es tatsächlich darauf an, nicht wo man lebt, sondern wie (vgl. Kearney et al., 1995)? Lassen sich diese Unterschiede quantifizieren und wiederum über den Vergleich mit einer Kontrollgruppe generalisieren?

2. Welche Auswirkungen hat das Programm auf die beteiligten Menschen, die in der Institution arbeiten?
 - 2.a) Wie bewerten die Personen subjektiv die Veränderungen ihrer Arbeitsbedingungen?
 - 2.b) Welche Auswirkungen lassen sich daraus auf ihre Arbeitszufriedenheit ableiten?
 - 2.c) Verändern die erweiterten Handlungs- und Entscheidungsspielräume das Kontrollerleben der Professionellen?
 - 2.d) Lassen sich Veränderungen im professionellen Selbstbild beschreiben?
 - 2.e) Welche unterschiedlichen Auswirkungen ergeben sich aus dem Programm zwischen instituti-
onsinternen und institutionsexternen Ansätzen für die Professionellen? Kommt es also auch
darauf an, nicht wo man arbeitet, sondern wie?
3. Durch das Programm des Deinstitutionalisierens werden zunächst die Strukturen der instituti-
onellen Behindertenhilfe verändert.
 - 3.a) Wie sehen diese strukturellen Veränderungen aus? Wie können sie beschrieben werden?
 - 3.b) Welche Auswirkungen haben die veränderten Strukturen auf die Gestaltung der Beziehung der
beteiligten Akteure?
 - 3.c) Lassen sich Interaktionseffekte für die differenzierten Auswirkungen des Deinstitutionalisierens
auf die Menschen, die in der Institution leben, und die Menschen, die in der Institution arbei-
ten, beschreiben?
 - 3.d) Inwieweit bedingen sich Veränderungen der jeweiligen Gruppen gegenseitig?
4. Wie lassen sich die empirisch belegten Auswirkungen des Deinstitutionalisierens in das Span-
nungsfeld von Sicherheit und Freiheit einordnen?

7. Untersuchung

Die Fragestellungen wurden an einem ausgewählten Projekt des Deinstitutionalisierens untersucht. Dieses Projekt und die begleitende Untersuchung erfolgten 2001 bis 2003. Es hatte Pilotcharakter und war eingebettet in einen umfassenden Organisationsentwicklungsprozess der beteiligten Institution, der auch heute als noch nicht abgeschlossen angesehen wird.

Es wurde ein methodisches Vorgehen und ein Design gewählt, das sowohl die Breite an Fragen berücksichtigt, dabei aber auch ökonomischen Gesichtspunkten genügen konnte. Heraus kam ein überwiegend quantitatives Vorgehen, das durch einzelne qualitative Forschungsaspekte ergänzt wird.

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen Menschen, die in einer Institution der Behindertenhilfe leben und arbeiten. Erstmals wurde eine Kontrollgruppe berücksichtigt, eine Gruppe von Menschen, die in der Institution leben und arbeiten, für die keine gezielten organisatorischen Veränderungen anstanden. Zudem wurden nicht nur die Veränderungen von Menschen, die in eine dezentrale, gemeinwesenintegrierte Wohngruppe umzogen, untersucht, sondern auch von Menschen, für die innerhalb der Institution eine Veränderung der Wohnsituation herbeigeführt wurde. Fokus über alle Veränderungen hinweg waren dabei erwachsene Menschen mit schwerer und teilweise mehrfacher Behinderung²⁸.

7.1. Gegenstand und Projektbeschreibung

Die untersuchte Institution gehört zu einem katholisch fundierten Träger von Einrichtungen für alte und behinderte Menschen im überwiegend ländlich strukturierten Ostalbkreis in Baden-Württemberg. Die Institution wurde Anfang der 1970er Jahre des letzten Jahrhunderts gegründet und hat damit im Vergleich zu anderen konfessionellen Einrichtungen erst eine junge Tradition. Gleichzeitig hat sich die Institution in der Vergangenheit immer um eine aktive Teilnahme am wissenschaftlichen Diskurs bemüht (vgl. Letzgus, 1996; Pfeil, Lengl, Sorg, Tödter & Wochner-Luikh, 2005).

Im Bereich Wohnen für Menschen mit Behinderungen lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung ca. 310 Menschen in insgesamt sechs Häusern, von denen drei Häuser mit jeweils 30 bis 40 Menschen bereits in verschiedene Kleinstädte des Landkreises integriert waren. Der Hauptstandort befindet sich auf der sogenannten grünen Wiese in sozial isolierter Lage. Die Institution wurde am Hang errichtet, was zur Folge hat, dass immobile Menschen Fahrdienste in Anspruch nehmen müssen, um selbst kurze Strecken zurückzulegen. Die nächste Ortschaft liegt zwei Kilometer entfernt. In den

²⁸ An dieser Stelle möchte ich darauf verweisen, dass ich dem Gegenstand der Untersuchung persönlich verbunden war und bin. Die Institution war mein erster Arbeitsgeber als Psychologe und zum Zeitpunkt der ersten Erhebung befand ich mich in einem durch mich gekündigten Angestelltenverhältnis. Die zweite Erhebung führte ich bereits als selbständiger Psychotherapeut in eigener Praxis in Berlin durch. Dies bestätigt die Hinweise von Claasen und Priebe (2003), dass es in der Deinstitutionalisierungsforschung häufig personelle Abhängigkeiten gibt, die es zu reflektieren gilt.

drei Häusern am Hauptstandort lebten damals jeweils zwischen 60 und 80 Personen. In einem Haus befand sich der Kinder- und Jugendlichenbereich, in den beiden anderen der Erwachsenenbereich. Die Stockwerke der Häuser umfassten jeweils zwischen zwei und drei Wohngruppen, die zu einer Organisationseinheit mit jeweils einer Leitung zusammen gefasst waren. In einer Wohngruppe lebten in Einzelfällen sechs Menschen, in der Regel zwischen acht und neun. Ein Drittel der Menschen hatte ein Einzelzimmer, Zweidrittel bewohnten ein Doppelzimmer. Als die Gebäude in den 1970er Jahren errichtet worden waren, handelte es sich damals um eine sehr fortschrittliche räumliche Ausstattung. Als neue Einrichtung in einer bis dahin unterversorgten Region bestand ein hoher Aufnahmepressure, so dass noch heute Personen mit hohem Hilfebedarf überwiegen. Am Hauptstandort befand sich eine große Werkstatt für behinderte Menschen mit angegliedertem Förder- und Betreuungsbereich, die Tagesbetreuung für Senioren sowie eine Sonderschule für Schülerinnen mit geistiger Behinderung. Ebenso befanden sich am Hauptstandort ein heilpädagogischer und psychologischer Fachdienst, ein medizinischer Dienst sowie die zentralen Dienste mit der Verwaltung, Hauswirtschaft, Technik, Küche, Wäscherei sowie Personalwohnheime. Ein Allgemeinmediziner hatte seine Praxis auf dem Gelände der Institution und wurde unter anderem von den Menschen, die in der Institution leben und arbeiten, genutzt.

Der Bereich Wohnen verfügte seit Ende der 1990er Jahre über ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem auf der Basis des EFQM, durch das er sich in einem kontinuierlichen Organisationsentwicklungsprozess befand (Schweizer, Glasenapp & Pfeil, 2002; 2000; Schweizer, Pfeil & Glasenapp, 1999). Beiträge zur wissenschaftlichen Diskussion erfolgten u.a. durch die Durchführung und Evaluation des Kompakt-Therapie-Programms für Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen (vgl. Exkurs 4), zur veränderten Rolle der Professionellen (Schweizer & Glasenapp, 2002), zur Krisenintervention (Glasenapp, Schwitzer & Hönig, 2004), zur Durchführung und Evaluation von therapeutischen Wohngruppen (Pfeil et al., 2007).

Das Deinstitutionalisieren in der untersuchten Institution vollzog sich historisch in mehreren Schritten:

1. Bereits Ende der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde beschlossen, den Bereich Wohnen am Hauptstandort nicht im ursprünglich geplanten Umfang für 500 Menschen auszubauen. Damals waren mehrere Gebäude in der beschriebenen Größenordnung von bis zu 80 Plätzen sowie eine eigene Klinik geplant. Bereits der Bau des dritten großen Gebäudes für die Kinder und Jugendlichen Anfang der 1980er Jahre erfüllte modernere räumliche Aspekte, wie die Auflösung von langen Fluren sowie die flexible Nutzung von Räumen über Wohngruppen hinweg.
2. Anfang der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde damit begonnen, die aufgrund der hohen Nachfrage erforderliche Platzzahlerhöhung durch die Schaffung kleinerer und gemeindeintegrierter Wohnhäuser zu erreichen. Zusätzlich wurde das Ambulant Betreute Wohnen eingerichtet. Der erste Versuch eines dezentralen Wohnheims in einer Gemeinde scheiterte am Widerstand der Bevölkerung, vertreten durch den Bürgermeister. Es folgten in anderen Gemeinden aber Wohnheime mit 24 bis 50 Plätzen, die als gut in Wohngebiete integriert anzusehen sind mit guten Möglichkeiten zur Selbstversorgung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diese Wohnheime wurden damals jedoch überwiegend von und für Menschen mit leichter bis mittelgradiger geistiger Behinderung gewählt.

3. Ende der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde nach teilweise fast fünfundzwanzigjähriger Nutzung deutlich, dass die Häuser im Erwachsenenbereich am Hauptstandort stark renovierungs- und sanierungsbedürftig waren. In Absprache mit den Kostenträgern sollte der strukturellen Veränderung durch Deinstitutionalisieren gegenüber einer umfassenden Sanierung der bestehenden Altbauten der Vorrang eingeräumt werden, wodurch der Einstieg in das Programm des Deinstitutionalisierens erfolgte, das Inhalt der empirischen Untersuchung dieser Arbeit ist.

Hierzu beauftragte der Vorstand Ende 1999 eine Arbeitsgruppe, ein Konzept für die Entwicklung moderner Wohnformen vorzulegen. Erste Ideen wurden der Mitarbeiterschaft im März 2000 vorgestellt. Es wurde begleitend ein Kommunikationskonzept entwickelt (Schweizer & Pfeil, 2000), das den Namen ZAC für Zukunft, Aufbruch, Chance prägte. Unter diesem Namen wurden in der Folgezeit schrittweise Angehörige und das Umfeld der Institution informiert, sowie monatliche Informationsveranstaltungen („ZAC am Freitag“) durchgeführt. Im Mai 2000 wurde eine extern moderierte Zukunftskonferenz unter Beteiligung von Menschen, die in der Institution leben und arbeiten, von Angehörigen, von Nachbarn und verschiedenen Leitungsebenen durchgeführt, bei der u.a. die Ziele und Möglichkeiten bei der Umsetzung eines entsprechenden Deinstitutionalisierungs-Prozesses erarbeitet wurden (SHL, 2000). Mit der konkreten Umsetzung wurde eine entsprechend besetzte Projektgruppe beauftragt, die nach Hospitationen in anderen Einrichtungen des gesamten Bundesgebiets und insgesamt 10 Sitzungen im Sommer 2001 eine Konzeption vorlegte (SHL, 2001b). Auf der Basis einer inhaltlich-konzeptionellen Neuausrichtung mit der verstärkten Fokussierung der Lebensqualität der behinderten Menschen, die in der Institution leben, und dem Assistenz-Prinzip für die Menschen, die in der Institution arbeiten, wurde die aktuelle Wohn-, Lebens- und Arbeitssituation wie folgt beschrieben:

Die drei Wohnhäuser (...) liegen auf einem Hanggelände ohne direkte Nachbarschaft zu anderen Wohnhäusern. Leider ist es wegen der Steigungen nicht so gut geeignet für die große Anzahl der Rollstuhlfahrer/innen. Das Gelände bietet aber große Freiflächen und ist natürlich angelegt. Die Straßen und Wege sind wenig befahren. So entsteht ein geschützter Rahmen. Bushaltestellen sind fünf Minuten von den Häusern entfernt und ermöglichen eine Verkehrsanbindung zur Stadt (...). In den Häusern gibt es unterschiedlichste, gemeinsam genützte Räumlichkeiten (Bewohnercafé, Gemeinschaftsräume, Therapieräume, Sporthalle usw.). Zur Verfügung stehen Fahrradräume, Büroräume, Räume für die Essensverteilung und Wäscheverteilung, verschiedene Lagerräume. Die Häuser sind rollstuhlgerecht. In den Wohngruppen der Häuser (...) befinden sich drei Doppelzimmer und drei Einzelzimmer ohne eigenes Waschbecken für zumeist neun Bewohner/innen. Es gibt dazu ein Bad und ein kleines Duschbad, Toilette, Flurbereich, Küche und Loggia. Der Wohn-Essbereich wirkt zwar auf den ersten Blick großzügig, doch für neun Personen von denen zwei bis drei auf den Rollstuhl angewiesen sind, ist er zu klein. (...) Jedes Haus (...) besteht aus drei Stockwerken mit jeweils zwei bis drei Wohngruppen. In jeder Wohngruppe leben acht bis neun Menschen mit einer Behinderung. Frauen und Männer wohnen in den Wohngruppen zusammen. Getrennte Badbereiche oder zwei Bäder sichern die Wahrung der Intimsphäre. (...) Das Essen für die Bewohnerinnen und Bewohner wird größtenteils in einer Zentralküche zubereitet, die auch die meisten Lebensmittel liefert. Die Wäsche wird teilweise im Haus gewaschen. Der größte Teil wird jedoch von einer auswärtigen Wäscherei gereinigt. Die Reinigung der Wohngruppen wird ebenfalls teilweise von Fremdfirmen durchgeführt. Die Haustechnik, sowie Verwaltung und der medizinische Bereich sind als Dienstleistungsbetriebe im Gelände organisiert. Die Begleitung, Versorgung und Erziehung der Bewohner/innen wird jeweils von zwei bis drei ausgebildeten Mitarbeiter/innen und zwei bis drei Hilfskräften geleistet. In der Nacht werden ei-

gene Nachtwachen eingesetzt. Psychologische und therapeutische, sozialpädagogische und heilpädagogische Angebote ergänzen die Betreuung und die Begleitung durch die Mitarbeiter/innen in den Wohngruppen. Die das Wohnen ergänzende, zweiten Lebensbereiche sind über kurze Wege erreichbar (Werkstatt für behinderte Menschen, Förder- und Betreuungsbereich, Schule, Tagesbetreuung für Senioren) (S. 6 f.).

Diese Wohnsituation wurde als nicht mehr zeitgemäß erachtet (ebd.):

Diese Wohnsituation in den Häusern genügt den aktuellen Anforderungen zunehmend weniger und hat für die Menschen mit einer geistigen Behinderung u.a. folgende Auswirkungen:

- Nicht jede/r Bewohner/in hat die Möglichkeit, ein – heute selbstverständliches – Einzelzimmer für sich zu nutzen (Bei der jetzigen Belegungszahl reichen die Zimmer nicht aus.). Die Wohngruppen sind bedingt durch die Anzahl der anwesenden Menschen z.T. sehr unruhig. Die gemeinsamen Räumlichkeiten sind zu klein. Es fehlen Rückzugsmöglichkeiten in die eigenen Zimmer.
- Die Intimsphäre im Badbereich ist nur begrenzt zu gewährleisten, da naturgemäß eigentlich alle BewohnerInnen mehr oder weniger zu gleichen Zeit morgens das Bad benutzen wollen und viele von ihnen für die Morgentoilette mehr Zeit benötigen.
- Bewohner/innen mit einem Rollstuhl leben sehr eingeschränkt. Die Zimmer sind teilweise zu klein, ebenso wie die gemeinsam genutzten Räumlichkeiten. Das wird noch verstärkt durch die hohe Anzahl der Bewohner/innen pro Wohneinheit.
- Die Bewohner/innen in einer Wohngruppe können nur sehr begrenzt mitbestimmen, wie und mit wem sie zusammen wohnen wollen. Gerade auch bei pflege- oder aufsichtsbedürftigen Personen ist eine Wahlmöglichkeit kaum gegeben und das Machbarkeitsargument entscheidend.
- Es gibt noch kein Angebot für Paare.
- Die Bewohner/innen haben durch die fehlende Nachbarschaft zu wenig bis keine Außenbeziehungen (soziale Begegnungen). Oft genug sind auch familiäre Kontakte nicht mehr gegeben. Begegnungsmöglichkeiten werden durch die Mitarbeiter/innen zwar angeboten (regelmäßige Besuche in der Stadt, Besuche von Kulturveranstaltungen, Festen usw.), bleiben aber weitestgehend von der Initiative der Institution abhängig. Ein „normaler“ zufälliger Alltagskontakt mit Nachbarn kann sich so nicht ergeben (S. 7).

Auf der Basis dieser Analyse der Wohnsituation wurden folgende Zielvorgaben formuliert (ebd.):

- Die Menschen mit einer Behinderung sollen aus einem breiten Angebot an unterschiedlichen Wohnformen die Wohngemeinschaft auswählen können, die ihren Bedürfnissen und Wünschen entspricht.
- In allen Wohngemeinschaften sollen möglichst nicht mehr als 6 Bewohner/innen leben.
- Alle Jugendlichen und Erwachsenen sollen über ein Einzelzimmer zur selbständigen Nutzung und Gestaltung verfügen.
- Die Wohnung soll sich an normalen Standards orientieren (Wohnungsgröße, Garten, Nachbarschaft usw.).
- Der Tagesablauf in den Wohnungen ist an der Normalität orientiert (z.B. Einkaufsplanung, Einkaufen, Kochen usw.). Die „Versorgungsmentalität“ der zentral organisierten großen Einrichtung soll durch die Übernahme von Selbstorganisation weiter in den Hintergrund treten. Jedoch soll die Möglichkeit bestehen bleiben, sich der Dienste der Zentralküche bzw. der Wäscherei zu bedienen.
- Die Gelder dazu sollen in den Wohngemeinschaften selbst verwaltet werden.

- Die Assistenz in diesen Wohnformen ist vielfältig. Menschen mit einer schweren Behinderung, mit Verhaltensauffälligkeiten und Menschen, die relativ selbständig sind, erhalten die Assistenz, die sie benötigen.
- Die Mitarbeiter/innen sollen sich als Assistenten der Menschen mit Behinderungen neu verstehen lernen und angemessene Formen der Begleitung übernehmen (S. 9).

Mit der Konzeption wurden daraufhin zwei Zielrichtungen der Veränderung durch das Deinstitutionalisieren beschrieben (ebd.):

- a) ZAC Wohnen in der Institution: „Viele der BewohnerInnen leben gerne in den Häusern (...). Sie fühlen sich wohl und die Angehörigen schätzen wie sie das Gefühl, dort sicher leben zu können. Aber sie möchten, dass sich in den Räumlichkeiten und in der Organisation einiges nach ihren Bedürfnissen ändert“ (S. 9). Neben den allgemeinen Zielvorgaben (s.o.) wurde hierzu angestrebt, dass die Wohngruppen eines Stockwerks stärker miteinander kooperieren sollten.
- b) ZAC Wohnen im Umland, mit der zu realisierenden Umsetzung:
Die neuen Wohnungen sollten bevorzugt Mietobjekte sein. So können sie bei sich verändernden Bedürfnissen der Bewohner/innen auch wieder verlassen werden. Die Wohnungssuche geschieht nach Rücksprache mit den zukünftigen Bewohner/innen. Die Kriterien für die Auswahl richten sich nach ihren Bedürfnissen. Die Wohnungen sollen ausreichend groß sein (180 bis 200 qm), so dass es genügend Einzelzimmer gibt. (...) Ein Teil der Wohnung muss rollstuhlgerecht sein. Ein Balkon bzw. ein Gartenanteil soll dazu gehören. Es ist normal, dass auf dem freien Wohnungsmarkt die Wohnungen nicht in allen Punkten dem Optimum einer behindertengerechten Wohnung entsprechen. Für die Entscheidung werden daher von den Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen gemeinsam die Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen. Zur gegenseitigen Unterstützung und für die Kontaktpflege untereinander wäre es sinnvoll, wenn zwei bis drei Wohnungen in der Nachbarschaft liegen. (...) Für die Integration in die Nachbarschaft ist es wichtig, dass das Wohnumfeld ein gutes soziales Klima hat. Es soll Vereinsleben bzw. Gemeindeleben und eine gute lokale Infrastruktur vorhanden sein (Arzt, Apotheke, Lebensmittelmarkt, Busverbindungen). Für eine gelungene Integration in das nachbarschaftliche Umfeld ist das aktive Zugehen auf die Menschen erforderlich. Mitarbeiter/innen und Leitungen werden die Bewohner/innen dabei unterstützen. (...) Die Mobilität der einzelnen Bewohner/innen und der Wohngruppe ist wichtig. Das wird schon bei der Wohnungssuche zu berücksichtigen sein (S. 13 f.).

Es wurden in der Konzeption auch veränderte Anforderungen an die Professionellen beschrieben (ebd.):

Für die Mitarbeiter/innen werden sich einige größere Veränderungen ergeben. Mit der Zunahme der Selbstbestimmung der Bewohner/innen und der Abnahme der zentralen Organisation steigt ihre Verantwortung für eine angemessene Assistenzleistung. Der Inhalt und die Qualität der professionellen Hilfe erfordert eine engagierte Neuorientierung. Die Bereitschaft zu entsprechender Fortbildung wird vorausgesetzt. Interne Schulungsangebote werden vom Heilpädagogischen Psychologischen Dienst angeboten. Auch in den Wohngemeinschaften im Umfeld bleiben der Dienstplan und die Inhalte der Dienstleistungen, die sich an den Bedürfnissen der Bewohner/innen ausrichten, Grundlage für die Arbeitsorganisation. Der Tagdienst wird ergänzt durch eine Nachtbereitschaft. Rufbereitschaft bzw. Nachtdienst werden nur im Ausnahmefall möglich sein. Ein entsprechendes Personalbudget unter Berücksichtigung der Nachtbereitschaften wird festgelegt. Eine entsprechende Arbeitszeitregelung muss in Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung erarbeitet werden. (...) Während der Pilotphase bleiben die jetzigen Leitungsstrukturen erhalten. Nach erfolgreicher Beendigung der Pilotphase stellt sich die Leitungsfrage neu (S. 14).

Für die zentralen Dienste schließlich wurde im Rahmen des Veränderungsprojekts eine konsequente Neuausrichtung als interne Dienstleister gefordert (ebd.).

Zur Umsetzung der Zielvorgaben in der Institution und im Umland wurde zunächst beschlossen, in einer Erprobungsphase zwei Pilotprojekte durchzuführen. Aus jeweils einem Stockwerk aus dem Erwachsenen- und dem Kinder- und Jugendlichenbereich sollten je sechs Menschen in zwei Außenwohngruppen umziehen. Die Außenwohngruppen sollten gemeindeintegriert sein. Durch diese Auszüge sollte bei gleichzeitig geringen Umbaumaßnahmen allen nicht-ausgezogenen Menschen des beteiligten Stockwerks Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden.

Eine gut besuchte Fachtagung mit Knust-Potter, Sandfort und Dörner unter dem Titel „Auf zu neuen Ufern“ brachte im Herbst 2001 die Gelegenheit, die ersten konzeptionellen Schritte einer breiteren Fachöffentlichkeit vorzustellen und neue Anregungen zu integrieren (SHL, 2001a).

Die Pilotphase bot durch den klar begrenzten Rahmen eine gute Gelegenheit, die oben beschriebenen Fragen einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Es gab anfänglich ein Interesse an einer externen wissenschaftlichen Begleitforschung, die jedoch aufgrund von mangelnder finanzieller Unterstützung durch Stiftungen und andere Forschungsträger nicht realisiert werden konnte. Um die Gelegenheit der notwendigen Erhebung eines Pretests nicht verstreichen zu lassen, wurde im Spätsommer 2001 die hier vorgestellte Untersuchung konzeptionalisiert. Bis Ende Oktober 2001 wurden geeignete Ergebnisindikatoren ausgewählt und entsprechende Tests beschafft oder entwickelt. Im November 2001 erfolgte die Schulung der beteiligten Professionellen und ab Dezember 2001 dann die Erhebung der Pretest-Daten.

Der Herbst und Winter 2001 war darüber hinaus durch die Suche nach geeigneten Wohnungen bzw. Häusern sowie durch die gezielte Information der beteiligten behinderten Menschen mit ihren Angehörigen und den Professionellen gekennzeichnet. Die Teilnahme an der Pilotphase war für alle freiwillig. Es gelang zunächst für die Erwachsenen in einer Kleinstadt, in einem klassischen und gewachsenen Wohngebiet ein Haus anzumieten, das die erforderliche Größe und baulichen Erfordernisse erfüllte. Im Frühjahr 2002 erfolgten der Umzug der ersten Personen aus dem Erwachsenenbereich und ein Jahr später dann die zweite Erhebung im Rahmen dieser Untersuchung.

Seit der Erhebungsphase konnte das Projekt Deinstitutionalisieren in der untersuchten Institution erfolgreich fortgesetzt werden. Nachdem etwas später für die Jugendlichen ein geeignetes Haus gefunden wurde, zogen auch diese aus. Die positive Bewertung der Pilotphase führte dazu, das Projekt auf eine breite Basis zu stellen. Mit Beschluss des Vorstandes wurde der Plan gefasst, von den 210 Menschen, die am isolierten Hauptstandort der Institution lebten, für bis zu 60 Menschen ein dezentrales, gemeinwesenintegriertes Wohnangebot zu schaffen. Hierzu wurde bereits frühzeitig auf die Förderung durch die Aktion Mensch zurück gegriffen und eigens zwei Projektmanager eingestellt.

2006 wurde auf einer moderierten Fachtagung Zwischenbilanz gezogen (SHL, 2006) und die weiteren Veränderungsschritte mit Wissenschaftlern, Vertretern der Kostenträger, lokalen politischen Vertretern und den unterschiedlichen Beteiligten in Workshops erarbeitet.

7.2. Methodischer Hintergrund

Deinstitutionalisieren ist ein Programm, das mit Zielsetzungen verbunden ist. Dementsprechend ist Evaluation die systematische Informationssammlung für die Bewertung von Programmen hinsichtlich ihrer erwarteten Zielerreichung (Hager, 2001; Christiansen, 1999; Rossi, Freeman & Hofmann, 1988).

Dabei stellt sich Deinstitutionalisieren weniger als ein standardisiertes, systematisches Programm dar, als vielmehr eine Leitlinie für die Entwicklung von Wohnangeboten, die sich an Prinzipien wie Lebensqualität und humaner Arbeit orientieren, weg von der Institution. Hierfür liegen eher unsystematische Empfehlungen bei der Umsetzung im konkreten Einzelfall vor. Wie in Kapitel 5 vorgestellt, bestehen vielfältige Differenzen über die zugrundeliegende Begrifflichkeit, die Vorgehensweise und Umsetzung des Deinstitutionalisierens. Die wissenschaftliche Deinstitutionalisierens-Forschung besteht häufig aus einzelfallorientierten Untersuchungen, systematische Evaluationsstudien stellen eher die Ausnahme dar. An dieser Stelle setzt die vorliegende Untersuchung an und möchte einen Beitrag zur Diskussion um die Wirkung des Programms Deinstitutionalisieren unter pädagogischen und psychologischen Gesichtspunkten leisten.

Die Wirkungsanalyse stellt dabei ein wichtiges Element der Qualitätssicherung dar (Christiansen, 1999):

- Sie untersucht, ob das Programm effektiv war (Outcome-Orientierung).
- Sie untersucht weiter, ob der Wirkungsmechanismus so funktioniert hat, wie aufgrund des Programmkonzepts zu erwarten war, oder ob das Programm in seiner Wirkungsweise verbessert werden muss (ständige Verbesserung).
- Sie versucht die Frage zu beantworten, ob Qualität im Sinne der Klientenorientierung erreicht wurde.

Mit der Beantwortung dieser Fragen schafft sie die Grundlage für die Entscheidung, ob sich die eingesetzten Mittel rechtfertigen lassen (S. 58).

Ausgeklammert wird in der vorliegenden Arbeit jedoch der Aspekt der Kosten, so dass keine Aussagen über die Effizienz gemacht werden können. Die Einschätzung dieser bleibt der jeweiligen Bewertung vor Ort überlassen.

Für die Wirkungsanalyse des Deinstitutionalisierens werden Gruppen von Menschen gebildet, wobei auch Einzelfallanalysen möglich sind, um gruppenstatistischen Problemen zu begegnen (Perst & Baumann, 1999; Kordy, 1982).

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein überwiegend quantitativer Forschungsansatz gewählt, ohne dass an dieser Stelle der Paradigmenstreit der Evaluationsforschung vertieft werden soll (vgl. Lamnek, 2005; Van de Vall, 1993). Demnach konkurrieren quantitative und qualitative Ansätze um den „richtigen Weg“ der Evaluation (Christiansen, 1999). „Die beiden Untersuchungsstrategien wurden als Gegensatz empfunden und lange Zeit kontrovers diskutiert. Die Diskussion verlief jedoch weitgehend ergebnislos und ist in der letzten Zeit deutlich abgeklungen“ (S. 64). Beide Ansätze verfolgen mit ihrem jeweiligen Blick ihre jeweiligen Ziele, wobei – wie bereits an anderer Stelle verdeutlicht – es weniger auf ein „entweder-oder“ als ein „sowohl-als-auch“ ankommt. Viel wichtiger ist demnach die Angemessenheit der Methode: „Wissenschaftliche Begriffe, Theorien und Me-

thoden sind dann als angemessen zu bezeichnen, wenn sie dem Erkenntnisziel des Forschers und den empirischen Gegebenheiten gerecht werden" (Lamnek, 2005, S. 145).

Entsprechend wird das hypothesentestende Vorgehen in der vorliegenden Untersuchung durch ein um vertiefte Durchdringung bemühtes, hypothesengenerierendes Vorgehen mit qualitativen Methoden ergänzt. Damit wird erreicht, so Bergold, Floeth und Zimmermann (2001):

- den statistischen Befunden Tiefe, Reichhaltigkeit und Bedeutung hinzuzufügen;
- individuelle Ergebnisse zu erzielen (...);
- Informationen über Details der Implementierung des Programms zu beschaffen;
- die Entwicklung eines fallspezifischen Qualitätssicherungssystems zu unterstützen;
- einen responsiven Evaluationsansatz sicherzustellen (S. 74).

Mittlerweile stellt das Deinstitutionalisieren kein innovatives Programm mehr dar. Wie bereits vorgestellt, liegen zahlreiche Erfahrungsberichte und quantitative wie qualitative Untersuchungen über dieses Programm vor, so dass pragmatisch betrachtet lediglich eine Feinabstimmung vor Ort notwendig wurde und wissenschaftlich betrachtet - neben explorativen Fragen - auch Hypothesen formuliert werden konnten.

Nach der aktiven Mitarbeit des Autors in der Konzeptionalisierungsphase des hier untersuchten Deinstitutionalisierungs-Projektes, beendete er sein Beschäftigungsverhältnis während der Umsetzungsphase der Pilotprojekte und führte die zweite Erhebung und anschließende Auswertung unabhängig durch. Dies ermöglichte einerseits eine ausreichende Nähe zum Untersuchungsgegenstand, hier die Menschen, die in der Institution leben und arbeiten, auf der anderen Seite aber auch ausreichend Distanz zum Gegenstand, besonders hinsichtlich trägerspezifischer Leitungsvorgaben. Durch das gewählte Vorgehen einer unabhängigen Evaluation bestand keine Berichtspflicht. Gleichzeitig wurde auf die Möglichkeit einer Prozessorientierung bei der Erhebung verzichtet, bei der Erkenntnisse aus der Evaluation sofort in das Projekt zurückfließen (formative Evaluation).

Bei der Überprüfung der Wirksamkeit eines Programms sind verschiedene Störfaktoren zu berücksichtigen, um die Nettowirkung bestimmen zu können (Rossi et al., 1988). Diese treffen natürlich auch auf das Deinstitutionalisieren zu und sollen hier vorgestellt werden:

Endogener Wandel: Menschen unterliegen einem ständigen Wandel, so dass auch soziale Programme diesem impliziten Wandel unterliegen können, d.h. so wie sich Menschen im Alltag verändern, verfälschen sie damit das Bild, das auf die Wirksamkeit des sozialen Programms fällt. Diesem Umstand wurde durch die Berücksichtigung möglichst vieler einzelner Menschen, die an dem Programm teilnehmen, entgegen getreten.

Exogener Wandel: Auch die strukturellen Rahmenbedingungen unterliegen einem ständigen Wandel. Dies gilt ebenso für die Behindertenhilfe, die sowohl konzeptionellen Veränderungen unterliegt wie auch sozialpolitischen, die sich besonders auf die Finanzierung auswirken. Um diesen Effekt zu kontrollieren, wurde in der vorliegenden Untersuchung eine Kontrollgruppe berücksichtigt, ein Stockwerk, in dem es keine gezielten Veränderungen gab.

Reifeprozesse: Durch die Fokussierung erwachsener Menschen, die in einer Institution leben, und der Beobachtungszeitraum zwischen Pre- und Posttest ein Jahr betrug, wurde der Effekt von Reifungsprozessen als eher gering eingeschätzt. Interessant ist jedoch, dass besonders Professionelle

mit wenigen Berufsjahren sich für das Projekt engagiert haben, so dass hier eher von Reifungsprozessen auszugehen ist, wie unten zu zeigen sein wird.

Unkontrollierte Auswahl: Dieser Störfaktor ist dem Programm immanent. Die ethisch und mit den berichteten Erfahrungen begründete Freiwilligkeit zur Teilnahme am Programm Deinstitutionalisieren, insbesondere in der Pilotphase, führt in jedem Fall zu Selektionseffekten. Es kann bereits an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass es besonders die engagierten Menschen waren, die sich auf dieses Projekt eingelassen haben, sowohl bei den Professionellen als auch bei den Menschen, die in der Institution leben, und aufgrund der Zielgruppe Menschen mit schwerer geistiger Behinderung in besonderem Maße die engagierten Angehörigen. Demnach müssen die berichteten Ergebnisse unter dem Aspekt von Selektionseffekten bewertet werden.

Design-Effekte: Dies sind zunächst a) *stochastische Effekte*, wobei aufgrund der teilweise geringen Zahl an Menschen in den einzelnen Untersuchungsgruppen die beobachteten Veränderungen nur bedingt (überzufällig) auf die Wirkung des Programms zurückgeführt werden können. Es ist darüber hinaus b) die *Unzuverlässigkeit von Messungen* (Reliabilität), was besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung zu berücksichtigen ist, für die nur in geringem Maße reliable Messinstrumente vorliegen. Diese mündet c) in der *Gültigkeit der Messung* (Validität): Lässt sich mit den Mitteln der Evaluation das Programmziel überhaupt sinnvoll erfassen, lassen sich geeignete Ergebnisindikatoren finden? „Ein zentrales Problem für Evaluationsforscher ist die Wahl möglichst guter Indikatoren für Programmwirkungen. Schlecht konzeptionalisierte Ergebnisindikatoren reflektieren Programmziele kaum in angemessener Weise“ (Rossi et al., 1988, S. 105). Schließlich wird d) der „*Hawthorne-Effekt*“ als weiterer, in der Untersuchung selbst begründeter Störfaktor beschrieben (bereits 1939 durch Roethlisberger & Dickson, nach Rossi et al., 1988, S. 106 f.), der dazu führen kann, dass die Wirkung eines Programms falsch eingeschätzt wird, da allein die Auswahl der Teilnehmer eines Programms diese motivieren kann, im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung an die Wirksamkeit des Programms zu glauben und entsprechend sich zu verhalten. Dies gilt besonders auch für das Deinstitutionalisieren, das wie beschrieben, als fortschrittliches Programm in die Behindertenhilfe eingeführt wurde und möglicherweise zu hohen, sich selbst erfüllenden Erwartungen bei allen Beteiligten geführt hat. Aber auch der gegenteilige Effekt, wonach diejenigen, die nicht zur Teilnahme am Projekt ausgewählt wurden, sich und ihre Arbeit verfälscht darstellen, um nicht ins Hintertreffen zu geraten, ist vorstellbar.

Innerhalb der Programm-Evaluation wurden vielfältige Forschungs-Designs entwickelt, um die Störfaktoren zu kontrollieren, allen voran experimentelle Designs mit mehreren Messzeitpunkten (Längsschnittstudien). Da die Teilnahme am Programm Deinstitutionalisieren freiwillig erfolgte, war eine Randomisierung in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich.

Feldstudien leiden immer unter einer mangelnden *Reproduzierbarkeit*. Letztendlich lässt sich die Aufbruchsstimmung, aber auch die Sorgen und Verunsicherung, die in einer Institution mit dem Deinstitutionalisieren verbunden sind, nicht reproduzieren. Dennoch soll durch die Explikation des konkreten Bedingungen und der Transparenz im methodischen Vorgehen dem Aspekt der Reproduzierbarkeit weitestgehend genügt werden. Viel wichtiger erscheint demnach die *Generalisierbarkeit*. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit einem Prozess des Deinstitutionalisierens in einer Komplexeinrichtung, die durchaus als typisch für die stationäre Behindertenhilfe in Deutschland eingeschätzt werden kann. Die konfessionelle Trägerschaft, die Größe, die Wohngebäude, die

isolierte Lage der Institution, all dies sind Faktoren, die eine Generalisierbarkeit nicht ausschließen. Das Projekt des Deinstitutionalisierens war zunächst als Pilotprojekt konzipiert, das zur Beschränkung auf ein Stockwerk geführt hat. Die Erfahrungen der nachfolgenden Schritte des Deinstitutionalisierens legen jedoch eine Vergleichbarkeit über die Pilotphase hinaus nahe.

7.3. Untersuchungsdesign

Für die vorliegende Programm-Evaluation des Deinstitutionalisierens wurde ein quasi-experimentelles Design gewählt.

a) Es werden Daten zu zwei Messzeitpunkten erhoben:

Der Pretest erfolgt wenige Monate vor Aus- und Umzug der beteiligten Menschen (t_1).

Der Posttest erfolgt ein Jahr nach Aus- und Umzug der beteiligten Menschen (t_2).

b) Es werden zwei Zielgruppen des Programms untersucht:

Zielgruppe 1: Erwachsene Menschen, die in einer Institution leben, mit mittelgradiger bis sehr schwerer geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf;

Zielgruppe 2: Menschen, die in einer Institution im Rahmen eines professionellen Arbeitsverhältnisses für und mit der ersten Zielgruppe arbeiten.

Alle teilnehmenden Menschen leben oder arbeiten bis zur Durchführung des Programms Deinstitutionalisieren in einem Wohnheim, in dem 70 erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung leben, am Hauptstandort der Institution mit zentralen Diensten vor Ort.

c) Es werden zwei Treatmentgruppen und zwei Kontrollgruppen gebildet.

Das Treatment stellt als unabhängige Variable ein Prozess des Deinstitutionalisierens dar. Dieses Programm beinhaltet – wie beschrieben – vielfältige Aspekte, die nur zum Teil konkret beschreibbar sind. Hier wird im vorliegenden Fall davon ausgegangen, dass es durch das Treatment zu einer Variation u.a. folgender, objektivierbarer Aspekte kommt: Gruppengröße (9 Personen vs. 6 Personen, Anteil an Einzelzimmern (33 % vs. 100 %), Versorgung (zentrale Versorgung hinsichtlich Einkauf, Zubereitung von Essen, Wäsche, Haustechnik etc. vs. Selbstversorgung), medizinische Versorgung (Allgemeinmediziner mit speziellen Kenntnissen in der Institution vs. Allgemeinmediziner in der Gemeinde), verfügbare Infrastruktur (spezielle Angebote wie ein Café von und für behinderte Menschen innerhalb der Institution vs. Geschäfte, Kirche, Schwimmbad, Vereine in der Gemeinde). Darüber hinaus führt das Programm des Deinstitutionalisierens zu weiteren Variationen, die jedoch schwieriger zu fassen sind: Motivation und Einstellungen der beteiligten Menschen, die in der Institution leben und arbeiten, ihrer Angehörigen und gesetzlichen Betreuer, des sozialen Umfeldes, aber auch mit dem Veränderungsprozess einhergehende Verunsicherungen bei allen Beteiligten.

Die einzelnen Gruppen können wie folgt beschrieben werden:

7.3.1. Kontrollgruppe K1

Die Kontrollgruppe wird durch die Wohn- und Arbeitssituation, wie sie bis zur Einleitung des Programms Deinstitutionalisieren für die Institution charakteristisch war, abgebildet (vgl. oben). Sie besteht aus den Menschen, die in drei Wohngruppen, die in einem Stockwerk organisiert sind, leben und arbeiten. Diese sind explizit nicht Teil des Programms Deinstitutionalisieren, bekommen die Veränderungen jedoch indirekt mit, da das Thema bei allen Beteiligten einen breiten Raum einnimmt. Die Lebens- und Arbeitssituation basiert auf der obigen Beschreibung des Ist-Standes:

Bisherige Betreuung in einer Wohngruppe mit bis zu neun Personen, von denen sechs sich Doppelzimmer teilen, am isolierten Hauptstandort der Institution mit verpflichtender Nutzung der zentralen Dienste vor Ort, Tagdienst zwischen 06:30 und 20:30 Uhr, Nachtwache im Haus für insgesamt acht Wohngruppen, teilweise veraltete Gebäudesubstanz und Ausstattung.

In einer unsystematischen Analyse des Erhebungszeitraums kommt die Leitungskraft der Kontrollgruppe K1 zu folgendem Ergebnis: Ein behinderter Bewohner erlitt gehäuft epileptische Anfälle, einer behinderten Bewohnerin ging es nach einem psychiatrischen Aufenthalt besser. Insgesamt gab es keine weiteren schweren Erkrankungen. Die Arbeitssituation beschreibt sie für den Erhebungszeitraum durch das zunehmende Alter der Bewohnerinnen in einem erhöhten Bedarf an pflegerischen Tätigkeiten. Die Häufigkeit und Intensität an herausfordernden Verhaltensweisen erlebte sie als unverändert, ebenso gab es nur geringe Veränderungen bei den richterlich genehmigten Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Die Personalsituation war angespannt, es kam zur Kürzung von 0,7 Stellenanteilen, zudem gab es gehäufte Krankheitszeiten. Dadurch erhöhten sich die Überstunden der übrigen Professionellen. Insgesamt bewertet die Leitungskraft den Erhebungszeitraum als typisch, es gab keinen Sonderstatus innerhalb der Institution, so dass die Kontrollbedingungen als erfüllt anzusehen sind.

7.3.2. Treatmentgruppe T1

Bei der Treatmentgruppe T1 handelt es sich um die Pilotgruppe „ZAC Wohnen in der Institution“, deren Zielvorgaben oben beschrieben wurden. Tatsächlich konnte diese durch den Auszug von Personen in einer Wohngruppe des ausgewählten Stockwerks realisiert werden. Die Wohnsituation nach der Einleitung des Programms Deinstitutionalisieren kann wie folgt zusammen gefasst werden:

Betreuung in einer Wohngruppe mit sechs Personen, die alle ein Einzelzimmer haben, mit mehr individuellem Lebensraum auch in den Gemeinschaftsräumen, am isolierten Hauptstandort der Institution, Selbstversorgung in der Wohngruppe bezüglich Einkaufen, Kochen, Wäsche, zentrale Dienste können jedoch bei Bedarf genutzt werden, Tagdienst zwischen 06:30 und 20:30 Uhr, Nachtwache im Haus für insgesamt acht Wohngruppen, teilweise veraltete Gebäudesubstanz und

Ausstattung. Durch die Reduzierung der betreuten Personen kommt es zu einer Personalreduzierung, die dazu führt, dass mehr Dienste alleine geleistet werden müssen.

Die Leitungskraft der Pilotgruppe kommt in einer unsystematischen Analyse des Erhebungszeitraums zu dem Ergebnis, dass die Gruppensituation als sehr ruhig erlebt wird. Die Professionellen der Wohngruppe berichten davon, dass sie mehr Zeit für die einzelnen behinderten Menschen haben und die Arbeit dadurch als sehr angenehm empfinden. Die behinderten Menschen können gut in die Selbstversorgung und die entsprechenden Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Organisatorisch war eine erhebliche Umstellung erforderlich, die nun einen Großeinkauf pro Woche mit mehreren behinderten Menschen der Wohngruppe vorsieht. Die Leitungskraft bewertet die Veränderungen bei den meisten behinderten Menschen der Wohngruppe für positiv, für eine Person stellt sie einen gesundheitlichen Abbau fest, den sie eher altersbedingt erklärt als durch die strukturellen Veränderungen.

7.3.3. Treatmentgruppe T2

Die Treatmentgruppe T2 stellt die Pilotgruppe „ZAC Wohnen im Umland“ dar. Die Suche nach geeignetem Wohnraum entsprechend der oben beschriebenen Vorgaben erwies sich als durchaus schwierig und dauerte länger als geplant. Dennoch konnte ein geeignetes Haus gefunden werden, das durch nur geringe Umbauten im Erdgeschoss rollstuhlgerecht ist. Das Haus befindet sich relativ weit vom Hauptstandort der Institution entfernt, was jedoch nicht als Nachteil erlebt wird. Das Haus ist in einem gewachsenen Wohngebiet in einer Gemeinde mit knapp 3.000 Einwohnerinnen. Die Infrastruktur erfüllt die oben beschriebenen Voraussetzungen. Es gibt einen niedergelassenen Allgemeinmediziner, der die medizinische Versorgung der behinderten Menschen gerne übernommen hat. Es gibt Einkaufsmöglichkeiten in der fußläufigen Nähe des Hauses. Die Nachbarschaft wurde informiert und der Kontakt durch verschiedene Maßnahmen aufgebaut. Die Wohnsituation lässt sich demnach wie folgt zusammen fassen:

Betreuung in einer dezentralen, gemeindeintegrierten Außenwohngruppe mit fünf Personen, die alle ein Einzelzimmer haben, nur das Erdgeschoss ist rollstuhlgerecht, Selbstversorgung in der Wohngruppe bezüglich Einkaufen, Kochen, Wäsche, zentrale Dienste können bei Bedarf genutzt werden, sind jedoch durch die Entfernung schwer zugänglich, Tagdienst zwischen 06:30 und 20:30 Uhr, Nachtbereitschaft, die in der Wohngruppe schläft, verstärkte Hilfe durch ehrenamtliche Helfer auf der Basis von Aufwandsentschädigung, Nutzung teilweise ungeeigneter Gebäudesubstanz (Einfamilienhaus) mit eigenem Garten.

Nach einer sechsmonatigen Probezeit kamen die beteiligten Professionellen zusammen mit den Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuerinnen zu einer positiven Einschätzung der ersten Zeit. Alle Angehörigen und gesetzlichen Betreuerinnen wünschten eine Fortsetzung der Pilotphase (SHL, 2002a).

Während der zweiten Erhebung wurden die beteiligten Personen unstandardisiert zu ihren Erfahrungen interviewt. Die Professionellen bewerten ihre Tätigkeit als anspruchsvoll, aber positiv, wie folgende Zitate illustrieren sollen (SHL, 2002b):

- Zur Unsicherheit: „Mir war ja schon etwas mulmig, weil man doch nicht so genau wusste, was da auf einen zukommt. Wie das laufen soll mit den Nachtbereitschaften und mit der Selbstversorgung. Keiner konnte uns dazu so richtige Antworten geben. Aber ich wollte das dann wirklich gerne machen. Ich wollte raus aus der großen Einrichtung, wo man doch, selbst in der eigenen Gruppe, immer die anderen Gruppen im Ohr oder im Blick hat. Hier sind wir für uns. Und da geht es uns gut.“
- Zur Freiheit: „Viele Sachen hat man früher halt einfach gemacht, weil es so gemacht wurde. Hier müssen wir oft überlegen, wie wir dies oder jenes machen. Außerdem macht es auch Spaß, selber zu entscheiden und mit den BewohnerInnen gemeinsam etwas auszuprobieren.“
- Zur höheren Individualisierung: „Die BewohnerInnen nehmen richtig Besitz von ihrem Haus und Garten. Und wir nehmen jeden einzelnen viel mehr als Individuum wahr, selbst wenn wir mit der kleinen Gruppe gemeinsam unterwegs sind.“
- Zur höheren Flexibilität: „Ich mache den Dienstplan für uns und ich habe keine geteilten Dienste mehr im normalen Dienstplan und keine Mehrarbeitsstunden. Selbst wenn jemand ausfällt, sind es nicht mehr als ein oder zwei geteilte Dienste für mich im Dienstplan. Allerdings ist es schon viel Organisationsaufwand, den Dienstplan mit den sieben HelferInnen hinzubekommen und alles abzustimmen.“
- Zum sozialen Umfeld: „Wir haben noch keine Ablehnung, aber viel positive Aufnahme erfahren, sei es in Geschäften oder wenn wir mal mit den BewohnerInnen ausgehen. Uns begegnet ehrliches Interesse und viel Verständnis.“

Eine Leitungskraft der an der Pilotphase beteiligten Gruppen gab an, „es sofort wieder machen zu wollen“. In dem Veränderungsprojekt sei mittlerweile Routine eingetreten. Es habe Personalprobleme durch die Aufgabenerweiterung und erhöhte Verantwortungsübernahme gegeben, diese seien aber mit anderen Wohngruppen vergleichbar gewesen. So seien beispielsweise einzelne Rechnungen nicht überwiesen worden. Insgesamt hätten viele neue Aufgabenbereiche geregelt werden müssen, beispielsweise die Müllentsorgung, die regelmäßige medizinische Versorgung, der Einkauf und die Lagerhaltung, die Dienstplangestaltung mit den Nachtbereitschaften. Dies wäre jedoch überwiegend durch die Professionellen der Wohngruppe selbst geregelt worden. Durch eine klare Aufgabenverteilung gebe es mehr Transparenz, zudem erlebe sie eine gute kollegiale Kontrolle in der gemeinwesenintegrierten Wohngruppe außerhalb der Institution.

Für die behinderten Menschen beschrieb sie für die meisten eine durchweg sehr positive Entwicklung durch die Teilnahme an der Pilotphase. Für Einzelne kam es zu einer Zunahme an Problemen, z.B. durch epileptische Anfälle, die auch das Einschalten eines Notarztes erforderlich gemacht hatten. Die Professionellen würden sich aber durch den Fachdienst Unterstützung holen. Die Nachbarn der neuen Wohngruppe wären schriftlich informiert worden, es hätte zudem mehrere gemeinsame Aktionen und Feiern in der Nachbarschaft gegeben, die teilweise von der Wohngruppe initiiert wurden. Die Leitungskraft fasste ihre Erfahrungen nach einem Jahr zusammen (vom Standpunkt der zentralen Institution aus): „Hier gibt es mehr Sicherheit, draußen mehr Chancen!“ Und an anderer Stelle: „Mit dem Einzug habe ich die Verantwortung an die MitarbeiterInnen abgegeben. Ich habe gemerkt, dass sie mich dafür nicht brauchen, sondern selbst verantwortlich handeln können und es auch tun. Und die gute Atmosphäre spüre ich für mich selbst wie entspannend. Ich komme hier in das Haus und Spannung und Hektik fällt ab. Es ist einfach toll, die BewohnerInnen mit ihren

positiven Veränderungen zu sehen. Das sind auch die Rückmeldungen der meisten Angehörigen, die uns positiv kritisch begleiten und unterstützen" (SHL, 2002b).

7.3.4. Kontrollgruppe K2

Da zu Beginn der Untersuchung noch nicht fest stand, welche Personen Aus- und Umziehen würden, wurden alle Menschen, die in dem für die Pilotphase ausgewählten Stockwerk (bestehend aus drei Wohngruppen) lebten, in die Untersuchung einbezogen und Daten erhoben. Erst anschließend erfolgte die konkrete Auswahl der Personen. Dennoch wurden auch die im Stockwerk verbliebenen Personen in die zweite Erhebung einbezogen. Sie stellen eine Art weitere Kontrollgruppe, die jedoch – im Unterschied zur Kontrollgruppe K1 – wesentlich stärker in das Programm involviert war. Es gab in dem Stockwerk insgesamt wesentlich mehr Unruhe durch die strukturellen und persönlichen Veränderungen und die Leitungskraft war durch die Pilotgruppen möglicherweise stärker absorbiert.

Die Wohnsituation ist in der Kontrollgruppe K2 vergleichbar der beschriebenen Situation in der Kontrollgruppe K1. Sie besteht aus zwei Wohngruppen innerhalb des für die Pilotphase ausgewählten Stockwerks. Die Wohngruppen standen damit explizit nicht im Fokus des Programms zum Deinstitutionalisieren, aber waren möglicherweise indirekten Einflüssen unterlegen, so dass hier von einer „Treatment-Diffusion“ (Shadish, Cook & Campbell, 2002) auszugehen ist. Aus diesem Grund werden sie gesondert beschrieben und dargestellt.

Die Leitungskraft beschreibt diese Wohngruppen in einer unsystematischen Analyse des Erhebungszeitraums als relativ stabil und ohne wesentliche Veränderungen. Es habe personelle Veränderungen gegeben, ein neuer Kollege habe sich aber gut einarbeiten können. Ein behinderter Mensch habe massive gesundheitliche Probleme gehabt, was auch die Sorge der Professionellen sehr absorbiert hätte. Es gab keine weiteren wesentlichen Ereignisse, die den Status der Wohngruppen als Kontrollgruppe einschränken würden.

Zusammenfassend wird das Untersuchungsdesign in folgender Abbildung grafisch dargestellt:

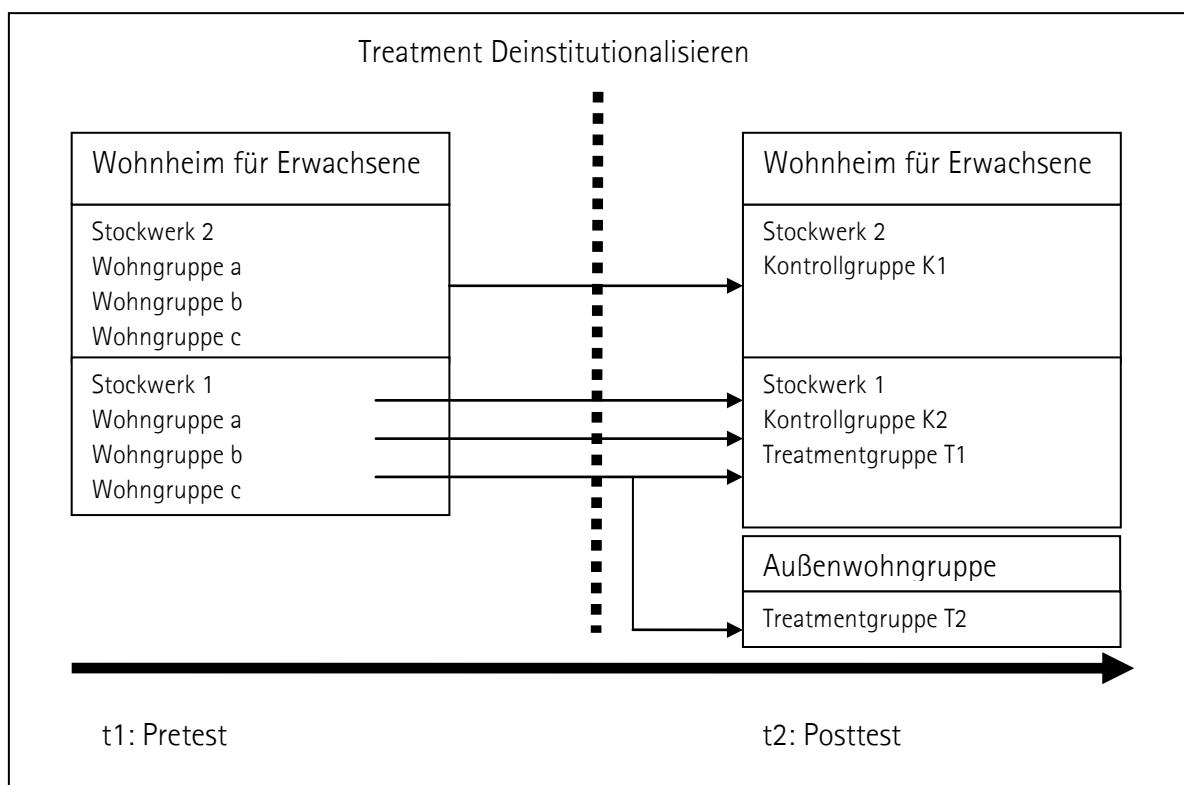


Abbildung 7. Untersuchungsdesign im Überblick

7.4. Beschreibung der Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung fokussiert zwei Zielgruppen, für die sich teilweise massive Veränderungen durch ein Projekt des Deinstitutionalisierens ergeben. Die Stichproben der Zielgruppen werden hier vorgestellt.

7.4.1. Die Stichprobe aus der Zielgruppe Menschen, die in einer Institution leben

Da zum Zeitpunkt der ersten Erhebung noch nicht feststand, welche Personen tatsächlich umziehen werden, erfolgte eine Vollerfassung aller Menschen, die im für die Pilotphase ausgewählten Stockwerk lebten. Zu diesem Zeitpunkt war ein Wohnplatz nicht besetzt, zwei Personen befanden sich aufgrund somatischer Erkrankungen für längere Zeit außerhalb des Wohnheims, so dass für sie keine Daten zum ersten Erhebungszeitpunkt erhoben werden konnten. In den Wohngruppen des Stockwerks, die als Kontrollgruppen ausgewählt wurden, erfolgte ebenfalls zum ersten Erhebungszeitpunkt eine Vollerfassung aller Personen.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt, ein Jahr nach den Umzügen, konnten alle Personen, für die Daten aus dem ersten Erhebungszeitpunkt vorlagen, erneut befragt und Daten für sie erhoben werden, es gab keine Ausfälle.

Daraus ergeben sich folgende Beteiligungen und damit Stichprobengrößen:

Tabelle 3

Überblick Beteiligung in den jeweiligen Gruppen der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben

Treatment-/ Kontrollgruppe	Stockwerk/ Wohngruppe	Anzahl Erhebung t1	Anzahl Erhebung t2	Auszüge	Einzüge
T1	1 / b	8	6	3	1
T2	Neu		5		5
K1	2 / a + b + c	26	26	0	0
K2	1 / a + c	17	14	3	
Summe		51	51	6	6

Es wird deutlich, dass es im Stockwerk mit der Kontrollgruppe K1 keine Umzüge zwischen den Erhebungszeiträumen gab. Im Stockwerk, das im Fokus der Pilotphase stand, gab es in den nicht direkt betroffenen zwei Wohngruppen drei Auszüge, eine Person zog in die Treatmentgruppe T1 (deren Ziel die Verbesserung der Lebensqualität vor Ort war) und zwei Personen zogen in die Treatmentgruppe T2 (deren Ziel die Verbesserung der Lebensqualität durch eine gemeinwesenintegrierte Wohngruppe außerhalb der Institution war). Aus der Treatmentgruppe T1 sind insgesamt drei Personen ausgezogen, alle in die Treatmentgruppe T2.

Unter vier Aspekten wurde die Stichprobe mit ihren Gruppen hinsichtlich der grundsätzlichen Vergleichbarkeit überprüft: a) Geschlecht, b) Alter, c) Hilfebedarf und d) vorwiegende Behinderung und sonstige Erkrankungen zum Erhebungszeitpunkt t1 entsprechend der Gruppenzugehörigkeit zum Erhebungszeitpunkt t2.

Tabelle 4

Überblick Geschlechtsverteilung in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben

Treatment-/ Kontrollgruppe	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
T1	1	5
T2	3	2
K1	14	12
K2	7	7
Summe	25	26

Die Verteilung von Frauen und Männern über die Gruppen in der Stichprobe ist nahezu gleich. In der Kontrollgruppe K1 gibt es etwas mehr Frauen, in der Treatmentgruppe T1 überwiegen deutlich die Männer.

Die Stichproben ähneln sich hinsichtlich der Altersverteilung, die Unterschiede sind – varianzanalytisch überprüft – nicht signifikant ($F = 1,79$). Tendenziell sind die Menschen in der Kontrollgruppe

K1 etwas älter. In der Treatmentgruppe T2 ist das Durchschnittsalter der fünf Personen mit den anderen Gruppen vergleichbar, es gibt aber eine deutlich höhere Standardabweichung.

Tabelle 5

Überblick Altersverteilung im Mittel mit Standardabweichung in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben

Treatment-/ Kontrollgruppe	Alter Durchschnitt	Alter Standardabweichung
T1	32,83	3,13
T2	33,20	6,76
K1	35,35	3,60
K2	32,64	3,71
Summe	34,10	4,05

Neben dem Alter wurde ebenfalls der Hilfebedarf der beteiligten Menschen kontrolliert.

Ganz allgemein wird mit diesem Konstrukt „der Bedarf eines einzelnen Menschen an wie auch immer gearteter Unterstützung bezeichnet, um die Folgen von Behinderungen oder Benachteiligungen zu überwinden oder zu mildern und ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können“ (Beck, 2005a, S. 388). Es erweist sich dabei als ein wissenschaftlich wenig bestimmtes Konstrukt, das mittlerweile weitreichende praktische Konsequenzen hat (ebd.). Durch die Orientierung der staatlichen Hilfeleistungen am Einzelfall, seinem individuellen Bedarf und seinen persönlichen Lebensumständen, erhält die Erfassung dieses Bedarfs einen zentralen Stellenwert. Im Wohnbereich wird mittlerweile nahezu bundesweit zur Erfassung des Hilfebedarfs als Instrument der Fragebogen „Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen/Wohnen“ (HMB/W, Metzler, 2001; 2008) eingesetzt. Dieser erfasst als Hilfebedarfsbereiche: Alltägliche Lebensführung; individuelle Basisversorgung; Gestaltung sozialer Beziehungen; Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben; Kommunikation und Orientierung; emotionale und psychische Entwicklung; Gesundheitsförderung und -erhaltung.

Die einzelnen Bereiche werden durch mehrere Items operationalisiert, für die zunächst ein Aktivitätsprofil der Person erstellt wird durch die Einschätzung von ‚kann‘, ‚kann mit Schwierigkeiten‘, ‚kann nicht‘ zu den einzelnen Aktivitäten. Anschließend wird der Bedarf an Hilfe für das jeweilige Item eingeschätzt von ‚keine Hilfe erwünscht/erforderlich‘ bis ‚umfassende Hilfestellung/intensive Förderung/Anleitung‘. Der individuelle Bedarf wird daraufhin quantifiziert und ergibt die Einstufung der Person in einer von fünf Hilfebedarfsgruppen. Das Instrument gehört zwischenzeitlich in Baden-Württemberg zur Basisdokumentation für Menschen, die in einer Institution leben. Die entsprechenden Daten über die Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs mit Hilfe des HMB/W lagen somit vor und wurden in die vorliegende Untersuchung aufgenommen.

Dabei gab es bei vielen teilnehmenden Personen im Erhebungszeitraum Veränderungen des Hilfebedarfs. Diese führten jedoch nur bei einzelnen zu einer Neuerhebung des HMB/W und in keinem Fall zu einer Neueingruppierung der Hilfebedarfsstufe. Das zeigt, dass das Instrument HMB/W vermutlich zu wenig änderungssensitiv ist, um im Rahmen der Evaluation von Veränderungsprojekten die längsschnittliche Entwicklung beim Hilfebedarf in einem kurz- bis mittelfristigen Zeitraum ab-

zubilden. Daher werden hier lediglich die querschnittlichen Daten zur ersten Erhebung wiedergegeben.

Tabelle 6

Überblick über die Anzahl der Personen in den Hilfebedarfsgruppen 3-5 in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben

Treatment-/ Kontrollgruppe	Anzahl Personen mit Hilfebedarfsgruppe		
	3	4	5
T1	2	3	1
T2	0	4	1
K1	5	20	1
K2	1	12	1
Summe	8	39	4

In der untersuchten Stichprobe findet sich keine Person mit Hilfebedarfsgruppe 1 oder 2. Es überwiegen Personen in der Hilfebedarfsgruppe 4, wobei sich in jeder Treatment- und Kontrollgruppe eine Person wiederfindet in der Hilfebedarfsgruppe 5.

In der Kreuztabelle „Häufigkeit Hilfebedarfsgruppe 3, 4 oder 5 X Gruppenzugehörigkeit“ finden sich – überprüft mit dem Chi²-Test – keine signifikanten Unterschiede (Chi² = 5,56). Dabei stellt jedoch die Einteilung in die Hilfebedarfsgruppe aufgrund der breiten Grenzen einer Hilfebedarfsgruppe nur eine Annäherung an den individuellen Hilfebedarf dar, die vorrangig zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben dient. Somit wurde in der Stichprobe der Hilfebedarf über den Gesamt-Rohwert näher untersucht.

Tabelle 7

Überblick über die durchschnittliche Gesamtpunktzahl des individuellen Hilfebedarfs in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben

Treatment-/ Kontrollgruppe	Hilfebedarf	Hilfebedarf
	Gesamtpunktzahl	Standardabweichung
T1	118,67	16,35
T2	127,60	11,93
K1	115,16	11,01
K2	121,36	13,12
Summe	118,56	12,67

Auch hinsichtlich der Gesamtpunktzahl im HMB/W unterscheiden sich die Gruppen statistisch – varianzanalytisch überprüft – nicht ($F = 1,75$). Bei Betrachtung der Mittelwerte fällt jedoch auf, dass bei ähnlicher Standardabweichung der durchschnittliche Hilfebedarf in der Treatmentgruppe T2, der Menschen, die in eine gemeinwesenintegrierte Wohnform gezogen sind, mit Abstand am höchsten ist und im Mittel über 12 Punkten über dem in der Kontrollgruppe K1 liegt.

Der HMB/W erfasst über den Hilfebedarf hinaus auch die vorwiegende Behinderung und weitere Erkrankungen, die hier für die Treatment- und Kontrollgruppen vorgestellt werden sollen.

Bei allen Personen ist die Art der vorwiegenden Behinderung eine „wesentliche geistige Behinderung mit erheblichen Einschränkungen selbständiger und selbstbestimmter Lebensführung“, teilweise mit „fortlaufender Selbst- oder Fremdgefährdung“. Nur bei insgesamt vier Personen, zwei in der Kontrollgruppe K1 (8 % aller Personen in der Kontrollgruppe K1) und zwei in K2 (14 %), werden neben der vorwiegenden geistigen Behinderung noch eine „wesentliche körperliche Behinderung ohne eigene Fortbewegungsmöglichkeiten“ als gleichwertig vorwiegend angegeben. Bei den meisten übrigen bestehen zusätzliche Behinderungen, sei es körperlicher Art oder als Sinnesbehinderungen.

Die folgende Tabelle stellt die Anzahl von Menschen innerhalb der Gruppen und ihren Anteil dar, für die a) Epilepsie, b) eine chronische Behinderung und c) Autismus diagnostiziert wurden.

Tabelle 8

Überblick über die Anzahl und den Anteil von Personen mit Epilepsie, chronischer Erkrankung oder Autismus in den Gruppen der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben

Treatment-/ Kontrollgruppe	Epilepsie	Chronische Erkrankung	Autismus
T1	2 (33 %)	3 (50 %)	1 (17 %)
T2	2 (40 %)	3 (60 %)	1 (20 %)
K1	6 (23 %)	5 (19 %)	3 (12 %)
K2	5 (36 %)	9 (64 %)	2 (14 %)
Summe	15 (29 %)	20 (39 %)	7 (14 %)

Die Gruppen ähneln sich somit hinsichtlich der Verteilung von Menschen, die an Epilepsie, einer chronischen Erkrankung oder Autismus erkrankt sind. Tendenziell fällt auf, dass der Anteil von Menschen mit den genannten Erkrankungen in der Kontrollgruppe K1 am niedrigsten ausfällt. Dennoch werden zusammengefasst die Gruppen auch hinsichtlich der Verteilung der vorwiegenden Behinderung sowie weiterer diagnostizierter Erkrankungen als vergleichbar angesehen.

Zusammenfassend bewertet stellt sich die Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben, als ausreichend gut durch die Stichprobe erfasst dar. Die Zellenbesetzung in der Kontrollgruppe ist als gut anzusehen, die in den Treatmentgruppen nur als ausreichend für die folgenden statistischen Analysen. Hinsichtlich der Indikatoren Geschlecht, Alter, Hilfebedarf sowie vorwiegende Behinderung und weitere Erkrankungen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen, teilweise auch statistisch bestätigt. Tendenziell findet sich jedoch der durchschnittlich höchste Hilfebedarf in der Treatmentgruppe T2, was als Bestätigung der Zielsetzung des durchgeführten Programms zum Deinstitutionalisieren anzusehen ist, das sich explizit an der Forderung Dörners (1998a) orientierte, mit den Schwächsten zu beginnen.

7.4.2. Die Stichprobe aus der Zielgruppe Menschen, die in einer Institution arbeiten

Wie noch näher zu beschreiben sein wird, erfolgte die Erhebung in der Stichprobe der Menschen, die in einer Institution arbeiten, auf freiwilliger Basis. Es wurden alle Professionellen angesprochen und um ihre Beteiligung an der Untersuchung gebeten, bei denen klar war, dass sie zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung noch in der Institution in einer der Treatment- oder Kontrollgruppen arbeiten würden. Somit fielen Praktikantinnen, Zivildienstleistende, Menschen im freiwilligen sozialen Jahr und teilweise auch Professionelle in Ausbildung, sofern sie ihren nächsten Ausbildungsabschnitt außerhalb der Kontroll- oder Treatmentgruppen durchführen sollten, aus der Untersuchung raus. Die Motivation zur Teilnahme erfolgte ausschließlich über den Inhalt der Untersuchung, die Bedingungen und Sichtweisen der Professionellen zu fokussieren und für die Diskussion in einem wissenschaftlichen Kontext nutzbar zu machen.

Tabelle 9

Überblick Beteiligung in den jeweiligen Gruppen der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution arbeiten

Treatment-/ Kontrollgruppe	Stockwerk/ Wohngruppe	Anzahl Erhebung t1	Anzahl Erhebung t2	Weg	Hinzu
T1	1 / b	2	3	1	2
T2	Neu		3		3
K1	2 / a + b + c	3	3	0	0
K2	1 / a + c	8	4	4	
Summe		13	13	5	5

Aus Gründen des den Teilnehmerinnen zugesicherten Datenschutzes wird auf eine differenzierte Gruppenbeschreibung der Stichprobe verzichtet. Allgemein galt für den Zeitpunkt der ersten Erhebung: Von den 13 Professionellen, die sich an der 1. und 2. Erhebung beteiligt haben, war der überwiegende Anteil Frauen. Vier Professionelle waren jünger als 30 Jahre alt, vier zwischen 30 und 40 Jahre alt und vier Professionelle waren älter als 40 Jahre (eine Person machte zu ihrem Alter keine Angaben). Die überwiegende Schulbildung war die mittlere Reife. Zwei Professionelle befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebungen in Ausbildung. Die übrigen Professionellen waren ausgebildet in verschiedenen sozialen Berufen.

Zusammenfassend bewertet stellt sich die Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution arbeiten, als ungenügend und damit nur exemplarisch durch die Stichprobe erfasst dar. Die Zellenbesetzung ist in jeder Gruppe für eine teststatistische Auswertung als unzureichend anzusehen, zudem besteht innerhalb der Stichprobe eine hohe Heterogenität hinsichtlich Geschlecht, Alter und Ausbildung.

Vor diesem Hintergrund lassen sich lediglich quantitative Tendenzen beschreiben, die Ergebnisse der Erhebung werden sich nicht verallgemeinern lassen.

7.5. Beschreibung der Ergebnisindikatoren

Im Folgenden werden als abhängige Variable die ausgewählten Ergebnisindikatoren und ihre Operationalisierung vorgestellt. Die Auswahl erfolgte auf der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Grundlage an Diskussionen, Erfahrungen und empirischen Daten über das Programm Deinstitutionalisieren. Nach Möglichkeit wurde bei der Operationalisierung auf bewährte und überprüfte Verfahren zurückgegriffen. Teilweise wurden eigene Instrumente entwickelt.

7.5.1. Ergebnisindikatoren für Menschen, die in einer Institution leben

Tabelle 10

Überblick über die Ergebnisindikatoren für Menschen, die in einer Institution leben

Ergebnisindikator (abhängige Variable)	Operationalisierung
Somatische Beschwerden	„Fragebogen zum Gesundheitszustand“
Teilhabe am Leben in Gemeinschaft	Fragebogen „Aktivitätenliste“
Ressourcenorientierung	Fragebogen „Erfassung von Stärken und positiven Botschaften“
Kompetenzentwicklung	Fragebogen „Heidelberger Kompetenz Inventar“
Psychische Beschwerden	Fragebogen „PAS-ADD Checkliste“
Zufriedenheit und Lebensqualität	„Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit und Lebensqualität“

7.5.1.1 Somatische Beschwerden

Die kritischen Untersuchungen zum Deinstitutionalisieren, besonders aus den USA (vgl. Kapitel 5), haben deutlich gemacht, dass die Risiken für Menschen, die in Institutionen lebten, nach ihrem Umzug in eine dezentrale Wohnform besonders im gesundheitlichen Bereich zu suchen waren. Daher wurde in der vorliegenden Untersuchung diesem Aspekt besondere Beachtung geschenkt. Nach einem Experten-Interview des Allgemeinmediziners, der auf dem Gelände der Institution seine Praxis hat, wurden folgende Teilaspekte somatischer Beschwerden identifiziert, die durch einen selbst entwickelten Fragebogen qualitativ und quantitativ erfasst werden sollten:

- Bekannte Diagnosen (Erfassung eines freien Textes);
- Häufigkeit Hausarztbesuche in den vergangenen 12 Monaten (Erfassung der Anzahl zur Kontrolle und bei Erkrankungen) – Kontrolltermine wurden am Hauptstandort routinemäßig durchgeführt;
- Besuch Zahnarzt in den vergangenen 6 Monaten (Erfassung ja/nein) – halbjährliche Kontrollen waren am Hauptstandort Routine;
- bei Frauen: Besuch Frauenarzt in den vergangenen 6 Monaten (Erfassung ja/nein) – halbjährliche Kontrollen waren am Hauptstandort Routine;
- Epilepsie (Erfassung der dokumentierten Anfälle in den vergangenen 3 Monaten) – Anfälle wurden routinemäßig auf einem gesonderten Bogen dokumentiert;

- Psychopharmaka (Erfassung freier Text entsprechend dem Verordnungsblatt);
- andere Langzeitmedikation (Erfassung freier Text entsprechend dem Verordnungsblatt);
- Kontrolle der Schilddrüse in den vergangenen 6 Monaten (Erfassung ja/nein) – hier stellte sich heraus, dass dieser Aspekt nicht durch die Professionellen vor Ort beurteilt werden konnte;
- Verdauungsstörungen in den vergangenen 4 Wochen (Erfassung ja/nein);
- Hauterkrankungen in den vergangenen 4 Wochen (Erfassung ja/nein);
- Ablagerung von Ohrensekret (Erfassung ja/nein) – besonders dieser Teilaspekt wurde vom Experten als Frühwarnzeichen bei drohender unzureichender Pflege und Versorgung im somatischen Bereich angesehen.

Der entsprechende Fragebogen wurde durch einen Professionellen ausgefüllt, er findet sich im Anhang A1.

Hypothese H1: Die somatischen Beschwerden der behinderten Menschen nehmen in den Treatmentgruppen zu. Die höchste Zunahme findet in T2 statt, gefolgt von T1. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben die somatischen Beschwerden unverändert.

Begründung: In der dezentralen Wohnform kommt es zu einer Verschlechterung in der medizinischen Versorgung, es gibt weniger Routinen, die verfügbaren ambulanten Hilfen sind nicht auf behinderte Menschen eingestellt. Zudem führt die dem Deinstitutionalisieren inhärente Veränderung von Raum, zeitlichen Abläufen und Beziehungen zu einer Destabilisierung der beteiligten Personen, die sich somatisch in einer Zunahme an Beschwerden äußert.

7.5.1.2. Teilhabe am Leben in Gemeinschaft

Dieser Ergebnisindikator ergibt sich allein schon aus dem gesetzlichen Auftrag an die Behindertenhilfe, eben dies zu ermöglichen. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft hat viele Teilaspekte, wobei für die vorliegende Untersuchung die Aktivitäten eines Menschen fokussiert wurden. Was tut ein Mensch? Wie oft? Wie gerne? Hierzu wurde auf eine Aktivitätenliste zurück gegriffen. Aktivitätenlisten werden beispielsweise in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Menschen in einer depressiven Episode genutzt (Hautzinger, 1997). Sie sind selbstverständlich nicht umfassend, geben aber einen normativen Rahmen vor, an dem sich orientiert werden kann.

Mit der Aktivitätenliste wird nach 35 ausgewählter Aktivitäten und der Zufriedenheit der Menschen mit Behinderungen mit diesen Aktivitäten gefragt. Durch die Professionellen soll zunächst die Häufigkeit beantwortet werden, mit der die Aktivität ausgeführt wird von 0='Nie' bis 6='Täglich'. Zusätzlich wird die wahrgenommene Zufriedenheit des behinderten Menschen mit dieser Aktivität durch den Professionellen erfasst von 0='Der Bewohner macht diese Aktivität nicht gerne' bis 2='Die Bewohnerin macht diese Aktivität sehr gerne'. Der Aktivitätsindex ist dann die Summe der Produkte aus Häufigkeit (0 bis 6) und Zufriedenheit (0 bis 2) über alle 35 Aktivitäten, er schwankt somit rechnerisch zwischen 0 (alle Aktivitäten werden nie durchgeführt bzw. eine Person macht alle Aktivitäten nicht gerne) und maximal 420 (alle 35 Aktivitäten werden täglich durchgeführt und die Person macht alle 35 Aktivitäten sehr gerne).

Die in der vorliegenden Untersuchung genutzte Aktivitätenliste findet sich im Anhang A2.

Hypothese H2: Der Aktivitätsindex – als die mit dem subjektiven Faktor Zufriedenheit gewichtete Häufigkeiten von durchgeführten Aktivitäten der behinderten Menschen – nimmt in statistisch bedeutsamer Weise in den Treatmentgruppen zu, wobei die Steigerung in T2 am höchsten ausfällt. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleibt der Aktivitätsindex unverändert.

Begründung: Einzelzimmer und eine Erweiterung des Lebensraums sowie in der dezentralen Wohnform eine Gemeindeintegration erweitern die Vielfalt und ermöglichen eine mehr selbstbestimmte Nutzung von Aktivitäten, so dass die objektive Häufigkeit der Nutzung von Aktivitäten und die wahrgenommene subjektive Zufriedenheit mit den Aktivitäten zunehmen.

7.5.1.3 Ressourcenorientierung

Die institutionelle Versorgung führt – wie beschrieben – bei den Professionellen zu wiederkehrenden Handlungsrouinen, die einen Blick auf die Ressourcen der versorgten Personen zunehmend behindern. Durch den mit dem Deinstitutionalisieren einhergehenden Veränderungsprozess werden diese Routinen aufgebrochen und mitunter ein neuer Blick auf die Ressourcen der Menschen, die in der Institution leben, ermöglicht. Ressourcenorientierung ist somit ein Ergebnisindikator für das Deinstitutionalisieren, da die Ressourcen eines Menschen in institutionellen Zusammenhängen oftmals verschüttet sind. Darüber hinaus ergibt sich aus der Ressourcenorientierung erst ein vertieftes Verstehen der behinderten Menschen und damit für die funktionellen Zusammenhänge in ihrem Leben.

Zur Beschreibung der Ressourcenorientierung wurde auf den Fragebogen von Theunissen (2000) zurück gegriffen zur „Erfassung von Stärken und positiven Botschaften“.

Dieses Instrument wurde von ihm zusammen mit Stichling entwickelt, um im Rahmen einer grundlegenden Pädagogik für den Umgang mit Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen praktische Materialien zur Verfügung zu stellen. „Gleichermaßen wichtig wie die Aufbereitung auffälliger Verhaltensweisen ist die Erfassung der Stärken und positiven Signale des Schülers. Denn eine rein symptomzentrierte Intervention reicht nicht aus, der Subjektivität eines Schülers gerecht zu werden“ (S. 262). Der hierzu entwickelte Fragebogen soll der Schwierigkeiten von Professionellen begegnen, Stärken und Fähigkeiten bei behinderten Menschen zu beschreiben. Mit Verweis auf eigene Untersuchungen (Plaute, Theunissen, Abmann & Hoffmann, 1998) stellt Theunissen (ebd.) fest, „dass selbst erfahrene MitarbeiterInnen, die im Gruppendienst tätig sind, erhebliche Probleme haben, Stärken und Kompetenzen der Gruppenbewohner zu benennen und in ihren Teams z.T. zu sehr unterschiedlichen Einschätzungen gekommen sind“ (S. 276 f.). Dies galt deutlich weniger in der Einschätzung von herausforderndem Verhalten. Vor diesem Hintergrund fordert er, die Einschätzung in einem „supervidierten Diskurs“ (S. 277) stattfinden zu lassen und die eigenen Kompetenzen in der Wahrnehmung von Stärken behinderter Menschen zu erweitern.

Der Fragebogen „Erfassung von Stärken und positiven Botschaften“ wird durch die Professionellen ausgefüllt. Der Fragebogen ist unterteilt in die Bereiche Stärken und positiven Botschaften a) im Sozialverhalten, b) im psychischen Bereich, c) im Arbeits- und Leistungsbereich, d) in der Umwelterkundung, e) im physischen Bereich und f) in der Identität. Jede Skala wird durch 11 bis 36 Einzelaspekte operationalisiert. Die Skalen sind theoretisch konstruiert. Das Instrument ist nicht empirisch auf Reliabilität und Validität hin überprüft worden, es liegen keine Normen vor. Sein

Fokus liegt in der praktischen Anwendung als vorstrukturiertes Beobachtungsinstrument einzelner Personen im pädagogischen Kontext von Schule, Wohn- und Arbeitsgruppe. Die Anwendung ist sowohl als querschnittliche Erhebung des Ist-Stands geplant, aber auch für individuellen Verlaufsbeschreibungen über Zeit.

Der Fragebogen findet sich bei Theunissen (2000, S. 302 ff.).

Hypothese H3: Die durch die Professionellen beschriebenen Stärken und positiven Botschaften der behinderten Menschen nehmen in den Treatmentgruppen zu, wobei die höchste Steigerung in T2 erfolgt. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben sie unverändert.

Begründung: Durch den mit dem Deinstitutionalisieren einhergehenden Veränderungsprozess werden professionelle Handlungsroutrinen aufgebrochen, wodurch ein neuer Blick auf die Ressourcen der Menschen, die in der Institution leben, ermöglicht wird. Die Ressourcenorientierung nimmt somit durch das Deinstitutionalisieren zu.

7.5.1.4 Kompetenzentwicklung

Es liegen mittlerweile zahlreiche Befunde vor, dass Deinstitutionalisieren zu einer Kompetenzentwicklung der beteiligten Menschen führt (vgl. z.B. Dalferth, 2000), so dass dies ein bereits hinreichend überprüfter Ergebnisindikator ist.

Für die vorliegende Untersuchung wurde auf das bewährte Instrument des „Heidelberger Kompetenz-Inventars“ (HKI, Holtz et al., 1998, vgl. auch Sarimski & Steinhausen, 2007; Borchert, Knopf-Jerchow, Dahbashi, 1991) zurück gegriffen, das bereits in der Evaluationsstudie von Dalferth (ebd.) angewendet wurde. Das 1984 vorgestellte Instrument dient der Erfassung individueller Kompetenzen, „die den Verhaltensspielraum eines Individuums unter durchschnittlichen Umweltbedingungen erweitern und damit seine Abhängigkeit von besonderen Versorgungsmaßnahmen verringern. Der Schwerpunkt wird auf für die Integration Behinderter bedeutsame und erzieherisch beeinflussbare Verhaltensmuster gelegt, wie sie sich u.a. aus einer Durchsicht der Literatur, verschiedener Curricula und einer Reihe einschlägiger, meist angelsächsischer Erhebungsinstrumente ergaben“ (Holtz et al., ebd., S. 20). Die Ausprägungen der Kompetenzen wird mit 152 Items erfasst, die in drei Großbereichen zusammengefasst werden:

- a) Praktische Kompetenz mit den Skalen Nahrungsaufnahme/Kleidung, Hygiene, Sicherheitsverhalten und praktische Fertigkeiten;
- b) Kognitive Kompetenz mit den Skalen Verkehr/Aktionsradius, Geld/Einkaufen, Inanspruchnahme von Dienstleistungen und öffentlichen Einrichtungen, zeitliche Orientierung, geometrische Grundbegriffe, Rechnen, Lesen/Schreiben, Sprachverstehen, Sprachproduktion;
- c) Soziale Kompetenz mit den Skalen Lern-/Arbeitsverhalten, Identitätsfindung/Selbstkonzept, Selbstkontrolle, Selbstbehauptung, Sozialkontakt/Perspektivenübernahme, Kooperation/soziale Regeln.

Die Einschätzung der jeweiligen Kompetenzen erfolgt durch Bezugspersonen, die mindestens sechs Wochen Kontakt zu der einzuschätzenden Person hatten, auf einer vierstufigen Skala von 0='gar nicht' bis 3='voll und ganz'.

Das HKI wurde überwiegend an 7 bis 16jährigen Schülerinnen und Schülern aus Deutschland, die eine Schule für geistig Behinderte besuchten und nicht im Heim lebten, erprobt. „Die bisherigen Untersuchungen ermutigen zur Annahme, dass das HKI auch für weitere Altersgruppen, für Behinderte im Grenzbereich zwischen geistiger und Lernbehinderung sowie für einen großen Teil der im Heim lebenden geistig Behinderten anwendbar ist“ (S. 21).

Für die genannte Zielgruppe wurde eine Normierung erstellt, die aufgrund des Alters der an der vorliegenden Untersuchung teilgenommenen Personen hier keine Anwendung fand. Das Verfahren ist ausgiebig hinsichtlich Reliabilität und Validität getestet worden, die berichtete Wiederholungsreliabilität liegt zwischen .83 und .94 und ist als gut zu bezeichnen, die Übereinstimmungsreliabilität liegt zwischen .36 und .89 und ist als ausreichend einzuschätzen (S. 38 ff.).

Holtz und Mitarbeiter stellen fest, „das HKI ist zur Erfassung spezifischer Stärken und Schwächen Behinderter geeignet. ... Darüber hinaus ermöglicht es die Protokollierung mittel- bis langfristiger Verläufe, z.B. in der Überprüfung der Wirksamkeit schulischer Maßnahmen, bei der Evaluation von Förderprogrammen und Programmänderungen“ (S. 22).

Das HKI findet sich bei Holtz et al. (1998).

Hypothese H4: Die beobachteten praktischen und sozialen Kompetenzen der behinderten Menschen nehmen in den Treatmentgruppen zu mit der Reihenfolge der Steigerung a) Zunahme an praktischen Kompetenzen vor b) Zunahme an sozialen Kompetenzen. Die Steigerung in T2 fällt höher aus als in T1. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben die Kompetenzen unverändert. Die kognitiven Kompetenzen bleiben in allen Gruppen unverändert.

Begründung: Zahlreiche Befunde lassen diese Wirkung des Deinstitutionalisierens erwarten (vgl. z.B. Dalferth, 2000). Seifert fasst zusammen: „Eine Normalisierung der Lebensbedingungen fördert die Lebensqualität von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. (...) Kleine Wohngruppen erhöhen die Chance, dass individuelle Bedürfnisse berücksichtigt, die Autonomie des einzelnen gestärkt und *seine Kompetenzen* erweitert werden können“ (Seifert, 1997b, S. 15, Hervorhebung J.G.).

7.5.1.5 Psychische Beschwerden

Psychische Störungen sind komplexe Beschwerden, bei denen ätiologisch individuelle Dispositionen, Lernerfahrungen, kritische Lebensereignisse und aktueller Stress zusammen kommen. Psychische Störungen sind aber immer auch Beziehungsstörungen (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Psychische Auffälligkeiten stellen darüber hinaus mitunter subjektiv sinnvolle Bewältigungsstrategie gegenüber einem reglementierenden Lebensumfeld dar.

Internen Anforderungen stehen interne Ressourcen gegenüber, genauso wie externen Anforderungen externe Ressourcen gegenüber stehen. Deinstitutionalisieren stellt zunächst erst mal eine externe Anforderung dar. Durch die Veränderung des Lebensumfeldes ergeben sich für die beteiligten Menschen deutlich höhere Regulationsanforderungen, denen mitunter geringe interne und externe Ressourcen gegenüber stehen. Nach einer Phase des Übergangs ergeben sich durch das Deinstitu-

tionalisieren jedoch erweiterte externe Ressourcen, wenn die Lebensstandards und die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Lebensführung zunehmen.

Die Erfassung von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung unterliegt konzeptionellen und praktischen Schwierigkeiten (Schanze, 2007; Deb, Matthews, Holt & Bouras, 2001; RCP, 2001; Lingg & Theunissen, 2000; Dosen, 1997; Gaedt, 1995), die hier nicht näher ausgeführt werden sollen. In der Regel erfolgt die Diagnosestellung bisher aufgrund klinischen Urteils einer erfahrenen Person. Standardisierte Screening-Instrumente wurden bisher nur im englischsprachigen Raum publiziert. Besonders in Großbritannien besteht dabei eine große Tradition in der psychiatrischen Klassifikation von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung auf. Entsprechend wurden bereits frühzeitig entsprechende standardisierte Instrumente entwickelt. So konnten bisher gute Erfahrungen mit der „Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped Scale“ (DASH, Matson, Gardner, Coe & Sovner, 1991) gesammelt werden. Für die vorliegende Untersuchung wurde auf die „Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities Checklist“ (PAS-ADD Checklist, Moss, 2002) zurück gegriffen, ein zum Erhebungszeitpunkt der Untersuchung sehr aktuelles Instrument.

„The PAS-ADD schedules were designed to provide a structured framework within informants and clinicians could collect standardized information about mental health problems“ (ebd., 2). Sie beinhaltet eine Checkliste, einen ausführlichen Fragebogen (The Mini PAS-ADD Score Form) und ein halb-strukturierten Interview-Leitfaden (The Mini PAS-ADD Interview). Moss (2001) beschreibt die Checkliste wie folgt:

The PAS-ADD Checklist is a brief questionnaire, couched in everyday language, designed for use primarily by care staff and families – the people who have the most immediate perception of changes in the behaviour of the people for whom they care. The Checklist aims to help staff and careers decide whether further assessment of an individual's mental health may be helpful. It can be used to screen whole groups of individuals, or as part of a regular monitoring of people who are considered to be at risk of mental illness. It is designed to record the presence of a range of problems, all of which may be part of a psychiatric condition. The scoring system includes threshold scores which, if exceeded, indicate the presence of a potential psychiatric problem, which may then be more fully assessed using the Mini PAS-ADD (p. 3).

Sie ersetzt damit keine ausführliche psychiatrische Diagnostik, sondern liefert standardisierte Hinweise für Bezugspersonen, diese einzuleiten.

Die Checkliste erfasst kritische Lebensereignisse im zurückliegenden Jahr sowie psychische Beschwerden in den zurückliegenden vier Wochen, wobei für die jeweiligen Problembereiche anzugeben ist, ob a) das Problem nicht eingetreten ist, b) eingetreten ist, für die Person aber kein Problem war, c) für die Person ein Problem war und d) für die Person ein ernsthaftes Problem war.

Die einzelnen Beschwerden werden in folgenden Problembereichen zusammen gefasst:

- a) Hinweise auf affektive oder neurotische Störungen (22 Items, maximale Punktzahl 28, Schwellenwert als Hinweis für notwendige weitere Untersuchungen 6);
- b) Hinweise auf mögliche organische Ursachen (6 Items, maximale Punktzahl 8, Schwellenwert 5);
- c) Hinweise auf psychotische Störung (4 Items, maximale Punktzahl 6, Schwellenwert 2).

Die Überprüfung der Reliabilität und Validität beschreibt Moss (2001; vgl. auch Moss, Prosser, Costello, Simpson, Patel, Rowe, Turner & Hatton, 1998):

In the field trials, factor analysis of the Checklist completed on a community sample of 201 individuals yielded eight factors, of which seven were readily interpretable in diagnostic terms. Internal consistency of the scales was generally acceptable. Inter-rater reliability in terms of case identification – the main purpose of the Checklist – was quite good, 83 % of the decisions being in agreement. Validity in relation to clinical opinion was also satisfactory, case detection rising appropriately with the clinically judged severity of disorder (p. 4).

Aktuell liegt noch keine offizielle deutsche Übersetzung der PAS-ADD vor. Für die vorliegende Untersuchung wurde mit freundlicher Genehmigung eine Übersetzung der Ursprungsversion von Bergold, Ehlert, Meir-Korell, Schmidt & Schreiner (2001) verwendet.

Hypothese H5: Die Hinweise auf psychische Beschwerden der behinderten Menschen nehmen in den Treatmentgruppen zu. Die höchste Zunahme findet in T2 statt, gefolgt von den T1. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben die Hinweise auf psychische Beschwerden unverändert.

Begründung: Deinstitutionalisieren stellt zunächst eine externe Anforderung dar. Durch die Veränderung des Lebensumfeldes ergeben sich für die beteiligten Menschen deutlich höhere Regulationsanforderungen, denen mitunter geringe interne und externe Ressourcen gegenüber stehen. Es ist damit kurz- bis mittelfristig mit einer Erhöhung der psychischen Beschwerden in Folge der Veränderungen zu rechnen.

7.5.1.6. Lebensqualität und Zufriedenheit

In Exkurs 2 wurde vorgestellt, dass aus heutiger Sicht in der Evaluation und Entwicklung von psychosozialen Diensten kein Weg mehr an der Partizipation der Nutzer dieser Dienste vorbei führt. Die Befragung der Menschen, die in einer Institution leben, wird damit – inhaltlich wie formal – zum wichtigsten Instrument, um ihre subjektive Sicht auf ihr Leben zu verstehen und die Dienste und Hilfen an diese Sicht anzupassen.

Befragung kann dabei vielfältige Formen annehmen, von einem standardisierten Fragebogen, über ein Gespräch, z.B. über Fotos und Videoaufnahmen des Lebensalltages der befragten Menschen, bis hin zur teilnehmenden Beobachtung und anderen qualitativen Methoden, wie oben ausführlich dargestellt wurde.

Für die vorliegende Untersuchung wurde eine gekürzte Version des Fragebogens zur Lebensqualität verwendet, der in einem Arbeitskreis der Institution entwickelt worden war (vgl. Glasenapp & Schweizer, 2005).

Im Fragebogen werden drei Hauptbereiche fokussiert:

- a) ‚Wie ich lebe‘ – Aspekt der räumlichen Lebensgestaltung: Fragen zur selbstbestimmten Gestaltung des Lebensumfeldes, des eigenen Zimmers, der Wohngruppe, der erweiterten Umfeldes u.a.;
- b) ‚Was ich am Tag mache‘ – Aspekt der zeitlichen Lebensgestaltung: Fragen zur selbstbestimmten Gestaltung des Tagesablaufs, zum Essen, zur Freizeitgestaltung u.a.;

- c) ‚Ich und Andere‘ – Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung und der sozialen Beziehungen: Fragen zur Nutzung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten, zu Freunden, zu Angehörigen, zu den Professionellen und zur allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Die Beantwortung eines standardisierten Instruments zur Lebensqualität durch Menschen mit geistiger Behinderung unterliegt vielfältigen Schwierigkeiten. Folgende Vorgehensweisen in der Beantwortung wurden durchgeführt (vgl. hierzu auch Glasenapp & Schweizer, 2005):

Selbständige Beantwortung: Keine Person der für die vorliegende Untersuchung ausgewählten Stockwerke war in der Lage, den Fragebogen ohne Hilfe alleine auszufüllen.

Assistierte Beantwortung: Hierbei wurden die Fragen aus dem Fragebogen in Form einer Interviews bearbeitet. Dem behinderten Menschen wurden die Fragen durch einen Professionellen vorgelesen, bei Bedarf in seine Kommunikationsmöglichkeiten übersetzt und anschließend die Antwort erfragt und im Fragebogen notiert. Hierbei wurden Antworthilfen, wie z.B. Bildkarten in Smilieform, eingesetzt.

Stellvertretende Beantwortung: Die stellvertretende Beantwortung von Fragen zu subjektiven Sicht auf die eigene Lebensqualität und Zufriedenheit weist vielfältige methodische Schwierigkeiten auf, die die Güte der Daten massiv belasten. Helmkamp (2000) beispielsweise berichtet für die Validierung von stellvertretenden Einschätzungen aus einer Nutzerbefragung in einer Hamburger Tagesförderstätte durch Aussagen weiterer Stellvertreter, dass es nur bei weniger als 50 % zu einer vollständigen Übereinstimmung der stellvertretenden Antworten kam. Dennoch stellt sie bei standardisierten Fragebögen für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung oftmals die einzige Möglichkeit dar (Seifert, 2006). Eine stellvertretende Beantwortung ist nur dann möglich, wenn die antwortende Person spezifische Voraussetzungen mitbringt: „a) umfassende Kenntnis des Alltags des/der Betroffenen aus eigener Anschauung; b) differenzierte Beobachtung seines/ihres Verhaltens in unterschiedlichen Situationen, c) intensive Auseinandersetzung mit seinen/ihren lebensgeschichtlichen Erfahrungen, d) konkrete Vorstellung von den individuellen Bedürfnissen des/der Betroffenen“ (S. 6).

Zusätzlich muss sie – im Falle einer professionellen Beziehung zum Befragten – in der Lage sein, von der professionellen Rolle zu abstrahieren und eine spezifische Haltung einzunehmen, die sich ganz am Befragten orientiert (vgl. Glasenapp & Schweizer, 2005).

Für die vorliegende Untersuchung wurde aus ökonomischen Gründen darauf verzichtet, eine Vollfassung des Fragebogens zur Lebensqualität durchzuführen, die pro Person bis zu zwei Stunden dauern kann. Stattdessen wurde eine gekürzte Version verwendet, die im Anhang A3 zu finden ist.

Hypothese H6: Die subjektive Zufriedenheit der behinderten Menschen bleibt in allen Gruppen tendenziell unverändert.

Begründung: Entsprechend des in Kapitel 2 und 3 beschriebenen Paradoxons des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit, wird davon ausgegangen, dass Veränderungen der Lebensbedingungen, wie sie mit dem Deinstitutionalisieren verbunden sind, zu keiner Veränderung der subjektiven Zufriedenheit führen.

7.5.2. Ergebnisindikatoren für Menschen, die in einer Institution arbeiten

Tabelle 11

Überblick über die Ergebnisindikatoren für Menschen, die in einer Institution arbeiten

Ergebnisindikator (abhängige Variable)	Operationalisierung
Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen	Fragebogen zur „Subjektive Arbeitsanalyse“
Zusammenarbeit im Team	Fragebogen „Teamklima Inventar“
Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen	„Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“
Arbeitszufriedenheit	„Fragebogen zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit“ mit dem „Arbeitszufriedenheitskurzfragebogen“
Professionelles Selbstbild	„Fragebogen zu Zielen in der Arbeit“

7.5.2.1. Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen

Deinstitutionalisieren hat für die Menschen, die in der Institution arbeiten, deutliche Auswirkungen durch eine Veränderung der Arbeitsbedingungen, so dass deren subjektive Wahrnehmung und Bewertung zu einem bedeutsamen Ergebnisindikator wird. Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Arbeitsbedingungen hat darüber Einfluss auf die erlebte Arbeitszufriedenheit und ist handlungsleitend, beispielsweise unter motivationalen Gesichtspunkten (vgl. Kapitel 3).

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Fragebogen zur „Subjektiven Arbeitsanalyse“ (SAA, Udris & Alioth, 1980) zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Professionellen über ihre Arbeitsbedingungen verwendet. „Der SAA soll also die Arbeitssituation, wie sie subjektiv wahrgenommen wird, erfassen. Zur Bezeichnung ‚subjektive Arbeitsanalyse‘ muss bemerkt werden, dass zwar die Bewertung der analytischen Dimensionen subjektiv ist, dass aber die analytischen Dimensionen selbst a priori vorgegeben sind. Mit dieser Bezeichnung soll sich das Verfahren von einem Expertenrating unterscheiden“ (S. 62).

Die subjektive Beurteilung der Arbeit erfolgt dabei unter a) dem Aspekt der Entfremdung mit den Kategorien Fremdbestimmung vs. Selbstregulation, Sinnlosigkeit vs. Transparenz, Dequalifikation vs. Handlungskompetenz, soziale Isolierung vs. soziales Engagement und b) dem Aspekt der Beanspruchung mit den Kategorien qualitative Unterforderung und quantitative und qualitative Überforderung. Diese Aspekte werden hier als selbstwertförderliche Arbeit zusammen gefasst.

Zur Erfassung wurden sechs Hauptindizes und 14 Subindices konstruiert, die jeweils durch mehrere Items erfasst werden:

1. Handlungsspielraum mit den Indices Autonomie (Verfügungs- und Bewegungsspielraum) und Variabilität (positives Pendant zur Unterforderung);
2. Transparenz mit den Indices Transparenz der Aufgabe (Feedback) und soziale Transparenz (Überblick);
3. Verantwortung mit den Indices Verantwortung für eine gemeinsame Aufgabe (Status) und Verantwortung für Ereignisse (Belastung);

4. Qualifikation mit den Indices Anforderungen, Einsatz und Chancen (psychologische Zukunft);
5. soziale Struktur mit den Indices Unterstützung durch Kollegen, Kooperation (Interdependenz) und Respektierung durch Vorgesetzte;
6. Arbeitsbelastung mit den Indices Arbeitsvolumen (quantitative Überforderung) und Schwierigkeit (qualitative Überforderung).

Die Antwort erfolgt durch die Beschäftigten auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Die quantitative Auswertung ermöglicht Vergleiche unter verschiedenen Gruppen von Professionellen innerhalb einer Tätigkeit, z.B. Teams, aber auch zwischen unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und Arbeitsbereichen.

Der SAA wurde hinsichtlich Konsistenz und Homogenität sowie Reliabilität untersucht (S. 64 f.). Er kam in zahlreichen Untersuchungen zum Einsatz. „Erhebliche Vorteile des Verfahrens bestehen darin, dass es (1) für eine breite Vielfalt unterschiedlicher Arbeitstätigkeiten einsetzbar ist und dass es (2) gestattet, für spezifische Fragestellungen nur ausgewählte Module (Indizes) zu verwenden“ (Ulich, 1994, S. 95.).

Der SAA findet sich bei Udris und Alioth (1980).

Hypothese H7: Es gibt Hinweise darauf, dass sich die Zustimmung zu Merkmalen der Arbeitsinhalte in Richtung selbstwertförderliche Arbeit in den Treatmentgruppen erhöht, wobei die Steigerung in T2 tendenziell höher ausfällt als in T1. Die Zustimmung bleibt in den Kontrollgruppen K1 und K2 tendenziell unverändert.

Begründung: Mit dem Deinstitutionalisieren geht eine Erweiterung des Handlungsspielraums einher, die Arbeit wird bei einer begleitenden Zunahme an Entscheidungskompetenzen transparenter, die Verantwortung nimmt zu, ebenso die Qualifikationsanforderungen, die soziale Struktur wird bedeutsamer, aber schließlich steigt auch die Arbeitsbelastung.

7.5.2.2. Zusammenarbeit im Team

In Kapitel 3 wurde dargelegt, dass Kooperation und soziale Unterstützung wesentliche Elemente einer gelingenden Arbeit von und für Menschen ist. Das Team erweist sich dabei als größte Hilfe aber auch als mögliches schwerwiegendes Hindernis in der Realisierung eigener Potentiale in der Arbeit. Deinstitutionalisieren hat deutliche Auswirkungen auf das professionelle Selbstverständnis einerseits sowie die Arbeitsbedingungen andererseits. Insofern ist davon auszugehen, dass sich auch indirekte Auswirkungen auf das Teamklima ergeben, die es zu erfassen gilt.

Für die vorliegende Untersuchung wurde das „Teamklima-Inventar“ (TKI, Brodbeck, Anderson & West, 2000; vgl. auch Antoni, 2003) gewählt, eine deutsche Übersetzung des ‚Team Climate Inventory‘ (Anderson & West, 1994).

Das TKI wird von Brodbeck et al. (ebd.) beschrieben als:

Ein Fragebogen zur Messung der Arbeitsatmosphäre für Innovation und Effektivität in Teams bzw. Arbeitsgruppen. Das Inventar ist als Diagnoseinstrument zur Teamentwicklung konzipiert und besteht aus 44 Fragen, die in weniger als 15 Minuten beantwortet werden können. Das TKI ist für verschiede-

ne Zwecke einsetzbar, zum Beispiel zur Evaluation des Teamklimas als Teil von Maßnahmen der Organisationsentwicklung, zur Diagnose des Teamklimas für internes Benchmarking, für die Gestaltung von Teamentwicklungsmaßnahmen zur Leistungssteigerung durch Innovation und Kreativität, zur Evaluation von Veränderungen des Teamklimas über die Zeit hinweg und damit auch zur Erfolgsanalyse von Interventionen (S. 5).

Das TKI umfasst vier Dimensionen mit 13 Subskalen und zwei Skalen zur sozialen Erwünschtheit.

Die Dimension *Vision* erfasst die Aspekte Klarheit, Wertschätzung, Einigkeit und Erreichbarkeit. Sie beschreibt, inwieweit ein Team über eine Vision verfügt, die die individuellen Kräfte bündelt und ihnen eine Richtung gibt. Teamvisionen sollen dabei klar, in einem Teamprozess ausgehandelt, von allen wertgeschätzt und schließlich erreichbar sein.

Die Dimension *Aufgabenorientierung* erfasst die Aspekte hohe Standards, Reflexion und Synergie. Sie beschreibt, inwieweit im Team das Bemühen um hohe Leistung und Qualität bei der gemeinsamen Zielerreichung besteht. Die eigene Arbeit soll hierzu kritisch-konstruktiv reflektiert und gegenseitig überprüft werden. Die Teammitglieder sollen sich dabei gegenseitig unterstützen.

Die Dimension *Partizipative Sicherheit* erfasst die Aspekte Informationsverteilung, Sicherheit, Einfluss und Kontaktpflege. Sie beschreibt, inwieweit im Team alle Mitglieder Anteil am Entscheidungsprozess nehmen. Dabei sollen sich Teammitglieder sicher fühlen, wenn sie neue Ideen unterbreiten sowie sich gegenseitig vertrauen und unterstützen.

Die Dimension *Unterstützung für Innovationen* erfasst die Aspekte Bereitschaft und Umsetzung. Sie beschreibt, inwieweit im Team eine Bereitschaft und eine aktive Unterstützung für Innovationen bestehen, die höher bewertet werden als das bisher Erreichte. Dabei soll das Team seine Ressourcen in angemessenem Umfang für die Weiterentwicklung von Innovationen verwenden.

Das TKI ist ausführlich hinsichtlich psychometrischer Gütekriterien überprüft worden (zur Reliabilität und Validität vgl. Brodbeck et al., ebd., S. 39 ff.). Hierzu wurden insgesamt 810 Personen in 149 Teams befragt. Es liegt eine eigene Normierung für Teams in Pflege- und Betreuungseinrichtungen vor.

Das TKI findet sich bei Brodbeck et al. (2000).

Hypothese H8: Es gibt Hinweise darauf, dass die Ausprägungen der Dimensionen Visionen, Aufgabenorientierung, partizipative Sicherheit und Unterstützung für Innovationen der Professionellen tendenziell in den Treatmentgruppen zunehmen, wobei die Steigerung in T2 tendenziell höher ausfällt als in T1. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben sie tendenziell unverändert.

Begründung: Deinstitutionalisieren ist ein innovatives Programm in der Behindertenhilfe. Durch die Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Pilotprojekt werden sich in den Treatmentgruppen besonders Personen finden, die das Deinstitutionalisieren als gemeinsame Vision ansehen, die sich stark an der gemeinsamen Aufgabe orientieren, sich für gemeinsamen Entscheidungsprozess engagieren und besonders diese Innovation unterstützen.

7.5.2.3. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

In den Kapiteln 2 und 3 wurde dargelegt, dass Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen einen wesentlichen Beitrag leisten zum Selbstbild eines Menschen und zu seinem Selbstkonzept, speziell der eigenen Fähigkeiten. Dieses steht wiederum in Zusammenhang mit dem allgemeinen Wohlbefinden. Es finden sich zudem zahlreiche Befunde, dass Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen über das allgemeine Wohlbefinden hinaus in direktem Zusammenhang mit differenzierten Formen von Arbeitszufriedenheit stehen. In fremdbestimmten Lebens- und Arbeitskontexten werden Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen eher external sein, mit einer Zunahme an Handlungs- und Entscheidungsspielräumen werden internale Überzeugungen zunehmen. Dementsprechend soll auch das Deinstitutionalisieren auf die beteiligten Menschen, die in einer Institution arbeiten, wirken.

Zur Erfassung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen wurde auf das bewährte Instrument von Krampen, den „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ (FKK, Krampen, 1991) zurück gegriffen. Krampen (ebd.) beschreibt den Zweck des Instruments:

Zielsetzung des Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen ist die Erfassung von Kompetenz- und Kontingenzerwartungen, die über verschiedene Handlungsklassen, Handlungs- und Lebenssituationen generalisiert sind. (...) Dem (generalisierten) Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und den (generalisierten) Kontrollüberzeugungen kommt dabei für Aussagen über die bei der Person subjektiv vorhandenen Handlungsmöglichkeiten eine besondere Bedeutung zu. Hohe Ausprägungen des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten weisen darauf, dass sich die Person in vielen, auch subjektiv neuartigen, schwierigen und mehrdeutigen Situationen als handlungsfähig erlebt; internale Kontrollüberzeugungen weisen – in einem weiteren Schritt – darauf, dass die Person nicht nur Handlungen (ggfs. auch nur eine Handlungsmöglichkeit) als subjektiv verfügbar erlebt, sondern dass sie erwartet, durch die subjektiv verfügbaren Handlungen, Ereignisse in der jeweiligen Handlungs- oder Lebenssituation zu beeinflussen bzw. eigene Handlungsziele zu erreichen (S. 19).

Der FKK beinhaltet die Skalen:

- a) Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten;
- b) Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen;
- c) sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen;
- d) fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen.

Die Skalen ‚Selbstkonzept eigener Fähigkeiten‘ und ‚Internalität‘ werden zur Sekundärskala ‚Selbstwirksamkeit‘ zusammen gefasst, die Skalen ‚soziale Externalität‘ und ‚fatalistische Externalität‘ zur Sekundärskala ‚Externalität‘. Die beiden Sekundärskalen werden schließlich in der Tertiärskala ‚Internalität vs. Externalität‘ zusammen gefasst.

Der FKK besteht aus 32 Items, die auf einer sechsstufigen Antwortskala durch Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene beantwortet werden können.

„Einsatzbereiche des FKK liegen durch die breite Anwendung und Anwendbarkeit kontroll- und handlungstheoretischer psychologischer Modelle in den vielfältigen Gebieten der psychologischen Praxis in Diagnostik, Beratung, Intervention und Forschung. (...) Hervorzuheben ist dabei insbesondere der *indikative und evaluative Wert* der handlungstheoretischen Persönlichkeitsvariablen“ (S. 22, Hervorhebung im Original).

Die Reliabilität des Instruments ist ausführlich untersucht worden, die berichteten Werte aus der Normierungsstichprobe von 2028 Erwachsenen liegen für die Primärskalen zwischen .70 und .76 (S. 28). Die Validität ist ausführlich beschrieben und überprüft (S. 51 ff.). Es liegen Normen für Erwachsene und Jugendliche vor.

Der FKK findet sich bei Krampen (1991).

Hypothese H9: Es gibt Hinweise darauf, dass die Werte der Tertiärskala ‚Internalität vs. Externalität‘ – als Ausdruck von Zunahme an erlebter Selbstwirksamkeit bzw. Abnahme an erlebter Externalität – der Professionellen in den Treatmentgruppen tendenziell zunehmen, wobei die Steigerung in T2 tendenziell höher ausfällt als in T1. Die Werte in den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben tendenziell unverändert.

Begründung: Deinstitutionalisierung führt zu einer Reduzierung des fremdbestimmenden institutionellen Charakters, es erhöht die Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Professionellen. Dieses führt zu einer Steigerung an Selbstwirksamkeitserleben und einer Reduktion an erlebter Externalität.

7.5.2.4. Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit ist – wie in Kapitel 3 vorgestellt – ein recht unscharfes Kriterium, das immer wieder zu widersprüchlichen Ergebnissen führt. Es ist davon auszugehen, dass situative Faktoren genauso wie Faktoren, die in der Person liegen, das subjektive Urteil über die eigene Arbeitszufriedenheit beeinflussen. Daher spielt für die Motivation eher eine Rolle, wie bestimmte Arbeitsbedingungen bewertet werden, als ob sie zufrieden machen. Darüber hinaus wird Arbeitszufriedenheit als ein Prozess gefasst, der zu unterschiedlichen Formen von Arbeits(un-)zufriedenheit führen kann, die wiederum unterschiedliche Auswirkungen auf die Motivation haben.

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein Instrument gewählt, das in der Institution bereits bekannt war. Der „Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ wurde 1997 von einem Arbeitskreis der Institution unter Mitarbeit des Autors entwickelt und seit dem in der Institution regelmäßig erhoben. Neben der rein querschnittlichen Betrachtung zur Zufriedenheit der teilnehmenden Professionellen wurde durch eine persönliche Kodierung eine längsschnittliche Betrachtung ermöglicht, um die Veränderungen durch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen innerhalb der Institution nachvollziehen zu können (Glasenapp, o.J.).

Der Fragebogen setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Der erste Teil erfragt die Rückmeldung zu wesentlichen Arbeitsinhalten: Nach ausführlicher Sichtung vorhandener Instrumente zur Analyse und Bewertung von Arbeitstätigkeiten wurden theoretisch folgende Skalen konstruiert und durch Items operationalisiert:

1. Selbständiges Verfügen über Arbeitszeit
2. Bestimmen von Inhalten der täglichen Arbeit
3. Einfluss auf Mittel der Arbeitsgestaltung
4. Möglichkeiten der eigenen Entwicklung
5. Information und Transparenz

6. Zusammenarbeit und Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen
7. Zusammenarbeit und Kommunikation mit Vorgesetzten
8. Identität und Stimmigkeit in der Arbeit.

Die Beantwortung erfolgt fünfstufig von ‚stimmt genau‘ bis ‚stimmt gar nicht‘. Die Skalen wurden teststatistisch nicht überprüft, es gibt keine Normen. Daher wurde darauf verzichtet, diesen Teil des Fragebogens in der vorliegenden Untersuchung auszuwerten.

Der zweite Teil erhebt eine zusammenfassende Zufriedenheitseinschätzung: Hierzu wurde entsprechend der theoretischen Konzeption von Arbeitszufriedenheit auf den „Arbeitszufriedenheits-Kurzfragebogen“ (AZK, Bruggemann et al., 1975), in einer Modifizierung von Benz zurück gegriffen, die sich bei Neuburger und Allerbeck (1978, A27) findet. Dieser kurze Fragebogen mit zehn intervallskalierten Items und einem nominalskalierten Item erfasst die Ausprägung der unterschiedlichen Formen von Arbeits(un-)zufriedenheit bei den befragten Personen.

Der AZK wurde in verschiedenen Untersuchungen eingesetzt (Ulich, 1994, S. 511). Eine Überprüfung seiner teststatistischen Güte ist sehr schwach ausgefallen, vor allen Dingen die theoretisch postulierten Formen der Arbeits(un-)zufriedenheit konnten faktorenanalytisch nicht bestätigt werden. „Bei einer Stellungnahme zum Bruggemannschen Ansatz muss man zwischen theoretischem Konzept und empirischer Realisierung unterscheiden. Während wir die letztere für ungenügend und gescheitert halten, glauben wir, dass der theoretische Ansatz fruchtbar und wegweisend ist“ (Neuburger & Allerbeck, 1978, S. 168; vgl. auch Fischer, 1989, S. 58 f.). Trotz der Schwächen in der teststatistischen Güte wurde der AZK als Erhebungsinstrument für die allgemeine Arbeitszufriedenheit, ein empirisch bestätigter Faktor, beibehalten.

Der in der vorliegenden Arbeit verwendete Fragebogen findet sich in Anhang A4.

Hypothese H10: Die allgemeine Arbeits(un-)zufriedenheit der Professionellen bleibt in allen Gruppen tendenziell unverändert.

Begründung: Entsprechend des in Kapitel 2 und 3 beschriebenen Paradoxons der Arbeitszufriedenheit, wird davon ausgegangen, dass Veränderungen der Arbeitsbedingungen, wie sie mit dem Deinstitutionalisieren verbunden sind, zu keiner Veränderung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit führen.

7.5.2.5. Professionelles Selbstbild

Deinstitutionalisieren führt zu vielfältigen Anforderungen an die beteiligten Professionellen. Diese sind zunächst struktureller Art hinsichtlich Veränderungen der Arbeitsgestaltung und den Umgang mit erweiterten Handlungs- und Entscheidungsspielräumen. Diese liegen persönlich aber auch in einem Aushalten der mit der Veränderung einher gehenden Unsicherheit und einem Mehr an Flexibilität. Diese strukturellen und persönlichen Anforderungen können nur dann bewältigt werden, wenn sich das professionelle Selbstbild auf die neue berufliche Situation einstellt, die mit dem Deinstitutionalisieren einher geht.

Das professionelle Selbstbild hat viele Aspekte, vom beschriebenen Selbstkonzept mit den Selbstwirksamkeitsüberzeugungen über die erlernten und verfügbaren Kompetenzen bis zu einem fachlich vermittelten professionellen Handlungsprinzip, z.B. der Assistenz (vgl. Exkurs 6).

Eine Annäherung an das professionelle Selbstbild wird in der vorliegenden Untersuchung durch die selbst formulierten professionellen Ziele der Menschen, die in der Institution arbeiten, hergestellt. Verhalten kann dabei nicht nur rehistorisierend, aus seiner Entwicklungslogik heraus verstanden werden, sondern auch über die zu realisierenden Ziele, die wie Handlungspläne wirken. Entsprechende Plananalysen haben sich im therapeutischen Kontext bereits bewährt (vgl. z.B. Caspar, 1989; Schiepek et al., 1995; Schiepek, Strunk & Kowalik, 1995).

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein Fragebogen entwickelt, in dem die Professionellen gebeten werden, 5 bis 10 Ziele, die sie mit ihrer Arbeit erreichen möchten, aufzuschreiben. In einem zweiten Schritt sollen sie die Ziele priorisieren und hierzu in eine Rangreihe bringen. Die drei wichtigsten Ziele werden weiter untersucht. Hierzu sollen die Professionellen von 0='gar nicht, niemals' bis 100='sehr, auf jeden Fall, immer' drei weitere Fragen zu ihren drei wichtigsten Zielen skalieren:

- a) Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie ihre Ziele erreichen?
- b) Wie entschlossen sind Sie, Ihre Ziele zu erreichen?
- c) Wie oft haben Sie Gelegenheit, Ihren Zielen nachzugehen?

Der Fragebogen zu Zielen in der Arbeit findet sich im Anhang A5.

Die Auswertung der Ziele erfolgt mit qualitativen Methoden der Inhaltsanalyse, die sich am Vorgehen von Mayring (2003) orientieren. Die Daten aus den Skalierungsfragen werden quantitativ ausgewertet.

Entsprechend des qualitativen Forschungsansatzes wird auf die Formulierung einer Hypothese verzichtet (Lamnek, 2005).

7.6. Die Hypothesen im Überblick

Für die Menschen, in der Institution leben:

1. Die somatischen Beschwerden der behinderten Menschen nehmen in den Treatmentgruppen zu. Die höchste Zunahme findet in T2 statt, gefolgt von T1. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben die somatischen Beschwerden unverändert.
2. Der Aktivitätsindex – als die mit dem subjektiven Faktor Zufriedenheit gewichtete Häufigkeiten von durchgeführten Aktivitäten der behinderten Menschen – nimmt in statistisch bedeutsamer Weise in den Treatmentgruppen zu, wobei die Steigerung in T2 am höchsten ausfällt. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleibt der Aktivitätsindex unverändert.
3. Die durch die Professionellen beschriebenen Stärken und positiven Botschaften der behinderten Menschen nehmen in den Treatmentgruppen zu, wobei die höchste Steigerung in T2 erfolgt. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben sie unverändert.

4. Die beobachteten praktischen und sozialen Kompetenzen der behinderten Menschen nehmen in den Treatmentgruppen zu mit der Reihenfolge der Steigerung a) Zunahme an praktischen Kompetenzen vor b) Zunahme an sozialen Kompetenzen. Die Steigerung in T2 fällt höher aus als in T1. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben die Kompetenzen unverändert. Die kognitiven Kompetenzen bleiben in allen Gruppen unverändert.
5. Die Hinweise auf psychische Beschwerden der behinderten Menschen nehmen in den Treatmentgruppen zu. Die höchste Zunahme findet in T2 statt, gefolgt von den T1. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben die Hinweise auf psychische Beschwerden unverändert.
6. Die subjektive Zufriedenheit der behinderten Menschen bleibt in allen Gruppen tendenziell unverändert.

Für die Menschen, die in der Institution arbeiten:

7. Es gibt Hinweise darauf, dass sich die Zustimmung zu Merkmalen der Arbeitsinhalte in Richtung selbstwertförderliche Arbeit in den Treatmentgruppen erhöht, wobei die Steigerung in T2 tendenziell höher ausfällt als in T1. Die Zustimmung bleibt in den Kontrollgruppen K1 und K2 tendenziell unverändert.
8. Es gibt Hinweise darauf, dass die Ausprägungen der Dimensionen Visionen, Aufgabenorientierung, partizipative Sicherheit und Unterstützung für Innovationen der Professionellen tendenziell in den Treatmentgruppen zunehmen, wobei die Steigerung in T2 tendenziell höher ausfällt als in T1. In den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben sie tendenziell unverändert.
9. Es gibt Hinweise darauf, dass die Werte der Tertiärskala ‚Internalität vs. Externalität‘ – als Ausdruck von Zunahme an erlebter Selbstwirksamkeit bzw. Abnahme an erlebter Externalität – der Professionellen in den Treatmentgruppen tendenziell zunehmen, wobei die Steigerung in T2 tendenziell höher ausfällt als in T1. Die Werte in den Kontrollgruppen K1 und K2 bleiben tendenziell unverändert.
10. Die allgemeine Arbeits(un-)zufriedenheit der Professionellen bleibt in allen Gruppen tendenziell unverändert.

7.7. Datenerhebung

Entsprechend des quantitativen Untersuchungsdesigns, das sich an der Evaluation der Wirkung des Deinstitutionalisierens orientiert, wurden die ausgewählten Ergebnisindikatoren überwiegend durch quantitative Instrumente operationalisiert und in einer Testbatterie zusammen gefasst. Diese musste für jede teilnehmende Person durch Ankreuzen vorgegebener Antwortmöglichkeiten bearbeitet werden, teilweise auch durch Angabe eines freien Textes. Dabei mussten für die jeweiligen Zielgruppen der Evaluation unterschiedliche rechtliche, formale und ökonomische Aspekte berücksichtigt werden. Die jeweiligen Anschreiben an die Professionellen zur ersten und zweiten Erhebung finden sich im Anhang A6.

7.7.1. Datenerhebung für die Menschen, die in der Institution leben

Nach der Entscheidung über die Beteiligung der Stockwerke an der Programm-Evaluation wurden zunächst die Angehörigen und gesetzlichen Betreuer schriftlich durch die Wohnbereichsleitung über das Forschungsprojekt informiert und um ihr Einverständnis gebeten. Anschließend wurden die Professionellen auf den Wohngruppen über die Evaluation informiert und zur aktiven Mitarbeit im Rahmen ihrer Dienstzeiten verpflichtet. Es folgte eine intensive Einführung und Schulung der Professionellen in der Anwendung der Erhebungsinstrumente.

Die Erhebung der Daten erfolgte letztendlich unterschiedlich:

- HMB/W, „Fragebogen zum Gesundheitszustand“: Die entsprechenden Daten waren in der sogenannten Bewohnerakte dokumentiert und wurden in der Regel aus dieser übernommen.
- Fragebögen „Aktivitätenliste“, „Erfassung der Stärken und positiven Botschaften“, HKI, PAS-ADD Checkliste: Da diese Instrumente entweder als Fremdbeurteilungsbögen konzipiert und validiert wurden (HKI, PAS-ADD Checkliste), oder bewusst die ressourcenorientierte Sicht der Professionellen auf die betreuten Personen erfasst werden sollte („Erfassung der Stärken und positiven Botschaften“), oder schließlich auf konkret zu beobachtendes Verhalten zurückgeführt werden konnten („Aktivitätenliste“) wurden diese Tests alleine durch die jeweiligen Bezugsprofessionellen eingeschätzt. In Zweifelsfällen wurden Einschätzungen im Team geklärt. Zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität wurden für einzelne Testinstrumente Datensätze für die gleichen Personen von zwei unterschiedlichen Professionellen erhoben.
- „Fragebogen zur Zufriedenheit und Lebensqualität“: Dieser Fragebogen setzt an der subjektiven Sicht eines Menschen an und erfordert daher für Menschen mit geistiger Behinderung spezifische Methoden der Datenerhebung. Keine der teilnehmenden Personen war in der Lage, die Fragebogen ohne Hilfe alleine auszufüllen. Neben einzelnen Personen, die den Fragebogen mit Assistenz beantwortet haben, wurde überwiegend stellvertretend durch die Professionellen beantwortet. Zur Verbesserung der Güte bei dieser Beantwortung wurde für die vorliegende Untersuchung vereinbart, dass a) der befragten Person immer ermöglicht wird, anwesend zu sein, b) die stellvertretende Beantwortung durch den Autor erhoben wird. Dadurch waren in der Regel drei Personen beteiligt: die befragte Person, die Person, die stellvertretend antwortet, und der Autor als Interviewer.

7.7.2. Datenerhebung für die Menschen, die in der Institution arbeiten

Um die Professionellen zu einer aktiven Beteiligung mit ihrer Sicht an der Programm-Evaluation zu motivieren, wurde zunächst die Mitarbeitervertretung einbezogen.

Nach der Zustimmung der Mitarbeitervertretung zu dem Forschungsprojekt wurde ein Dreiecksvertrag geschlossen zwischen dem Autor der Untersuchung, der Leitung der Einrichtung und der Mitarbeitervertretung.

Dieser Vertrag sollte einen Missbrauch der personbezogenen Daten verhindern, indem er a) den Autor zur Anonymisierung und den vertrauensvollen Umgang mit den Daten verpflichtete, b) die Leitung verpflichtete, keine Einsicht in die Daten zu nehmen, c) die Mitarbeitervertretung zur Kontrolle des Vorgehens verpflichtete. Er findet sich im Anhang A7.

Mit diesem Dreiecksvertrag wurden den hauptamtlichen Professionellen die Testbatterie mit den Fragebögen sowie einem an den Autor adressierten Rückumschlag überreicht. Praktikanten, Zivil-dienstleistende wurden dabei nicht berücksichtigt, da sie zum Posttest nicht mehr im Dienst waren; Auszubildende wurden nur dann berücksichtigt, wenn sie voraussichtlich zum Zeitpunkt des Posttests noch im Dienst auf einer der Treatment- oder Kontrollgruppen waren. Das Ausfüllen der Fragebögen sollte außerhalb der Institution erfolgen, es wurde eine Arbeitsstunde dafür angerechnet.

Die Fragebögen wurden durch die ausfüllenden Professionellen nicht mit dem Namen, sondern mit einem Code versehen, der dem Autor unabhängig von den Fragebögen im persönlichen Kontakt übergeben wurde. Der gleiche Code wurde für die Posttestung verwendet, um eine Zuordnung der Daten zu ermöglichen. Durch dieses Vorgehen wurde eine weitest gehende Sicherheit im Umgang mit den personbezogenen Daten bei gleichzeitig notwendigen wissenschaftlichen Anforderungen ermöglicht.

7.8. Datenauswertung

Am Ende des Erhebungszeitraums von Frühjahr 2002 bis Frühjahr 2003 lagen die ausgefüllten Fragebögen der an der Untersuchung teilgenommenen Personen vor. Im Sommer 2003 wurden diese durch eine studentische Hilfskraft in die EDV eingegeben und dabei stichprobenartig durch den Autor kontrolliert. Im Winter 2003/2004 erfolgte eine erste Auswertung der Daten durch den Autor mit SPSS. So konnte im Frühjahr 2004 ein erster Überblick über die Ergebnisse in der Institution vorgestellt werden.

In den Jahren 2007 bis 2008 wurden die Daten einer tiefergehenden statistischen Analyse durch den Autor unterzogen sowie die Inhaltsanalyse der offenen Antworten durchgeführt.

8. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen und Ergebnisindikatoren vorgestellt. Eine Zusammenfassung und erste Bewertung findet sich im Abschnitt 8.3.

8.1. Überprüfung der Hypothesen für die Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben

Im Folgenden werden die einzelnen Ergebnisse zu den Hypothesen vorgestellt und berichtet, inwieweit die Hypothesen bestätigt werden konnten. Die Gliederung orientiert sich dabei an den in Kapitel 7 vorgestellten Ergebnisindikatoren und entsprechenden Hypothesen.

8.1.1. Gesundheitszustand

Um zu überprüfen, ob die Hypothese H1 über die vermutete Zunahme an somatischen Beschwerden in den Treatmentgruppen bestätigt werden konnte, wurden eine Vielzahl an abhängigen Variablen über den Gesundheitszustand erhoben, von denen für die weitere Analyse nur ein Teil berücksichtigt wurde. Die Abbildung 8 zeigt die beobachteten Veränderungen bei den routinemäßigen Hausarztbesuchen.

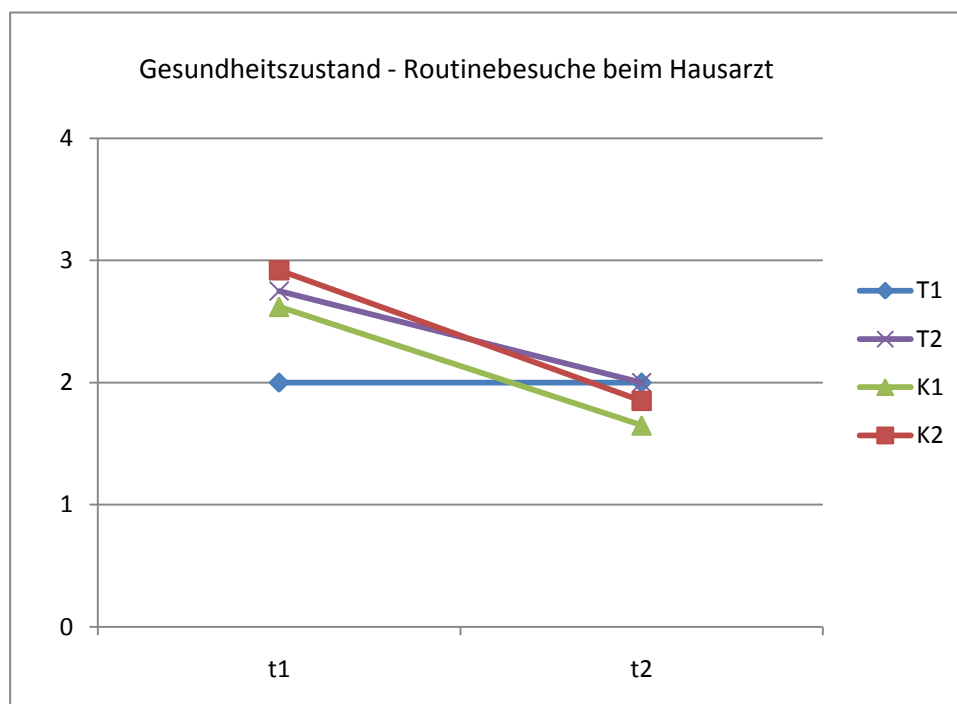


Abbildung 8. Veränderungen bei den routinemäßigen Hausarztbesuchen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Zunächst wurde überprüft, ob sich die Zahl der Hausarztbesuche in den zurückliegenden 12 Monaten in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit über die beiden Erhebungszeitpunkte veränderte. Die Analyse erfolgte in einem ersten Schritt deskriptiv. Dementsprechend kam es erwartungsgemäß in der Treatmentgruppe T2 zu einer Abnahme der Routinebesuche beim Hausarzt. Gleichzeitig nahmen diese aber entgegen der Erwartung ebenfalls und in gleichem Maße in den Kontrollgruppe K1 und K2 ab. Lediglich in der Treatmentgruppe T1 blieben die Routinebesuche beim Hausarzt über die beiden Erhebungszeitpunkte hinweg unverändert (vgl. zu den Mittelwerten und Standardabweichungen der einzelnen Gruppen Anhang B).

Bei den Hausarztbesuchen aufgrund von Krankheit zeigte sich ein abweichendes Bild.

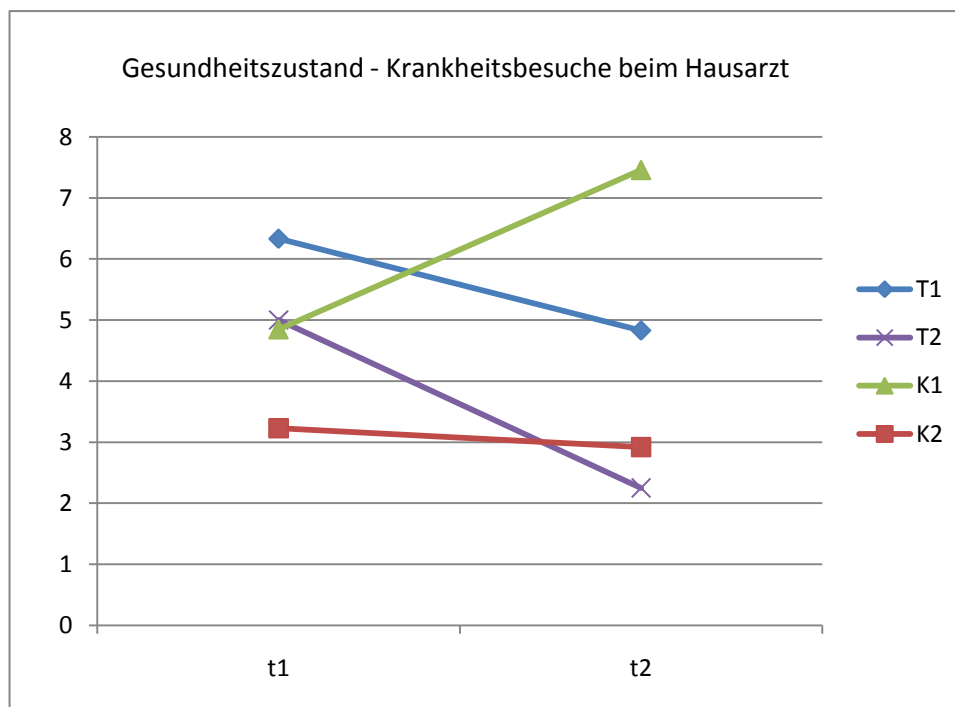


Abbildung 9. Veränderungen bei den Hausarztbesuchen aufgrund von Krankheit

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Auch unter der Bedingung Krankheit nahmen die durchschnittlichen Hausarztbesuche in der Treatmentgruppe T2 ab. Ohne weitere Überprüfung ließ sich jedoch nicht feststellen, ob dieser Befund auf eine tatsächliche Abnahme an Erkrankungen zurückzuführen war oder ob er an einer verschlechterten medizinischen Versorgung im gemeinwesenintegrierten Umfeld lag. Die Einzelfallanalyse ergab, dass es besonders zwei Personen in der Treatmentgruppe T2 waren, für die zum ersten Erhebungszeitpunkt noch häufige Hausarztbesuche dokumentiert wurden, was zur zweiten Erhebung nicht mehr der Fall war. Entgegen der Erwartung nahmen die krankheitsbedingten Hausarztbesuche in der Treatmentgruppe T1 ebenfalls ab, dafür stiegen sie umso mehr in der Kontrollgruppe K1. Lediglich in der Kontrollgruppe K2 blieben die Hausarztbesuche aufgrund von Krankheiten im Mittel nahezu unverändert.

Vor diesem Hintergrund wurden daher einzelne Beschwerden vertiefend analysiert.

Um zu überprüfen, inwieweit sich die Anzahl der epileptischen Anfälle in den zurückliegenden drei Monaten, erfasst über die Anzahl der standardisierten Anfallsprotokolle, in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit veränderten, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Dabei zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 2,25$). Dafür war der Effekt des Messwiederholungsfaktors statistisch signifikant ($F(1, 45) = 4,14$, $p < .05$, $\eta^2 = 0,08$). Darüber hinaus fand sich ebenfalls ein signifikanter Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt ($F(3, 45) = 3,72$, $p < .05$, $\eta^2 = 0,20$).

Diese Effekte waren darauf zurückzuführen, dass es zum Erhebungszeitpunkt t2 zu einer deutlichen Zunahme der durchschnittlichen Anzahl an epileptischen Anfällen kam. Diese Zunahme war zudem zwischen den Gruppen unterschiedlich hoch, wie die folgende Abbildung 10 illustriert.

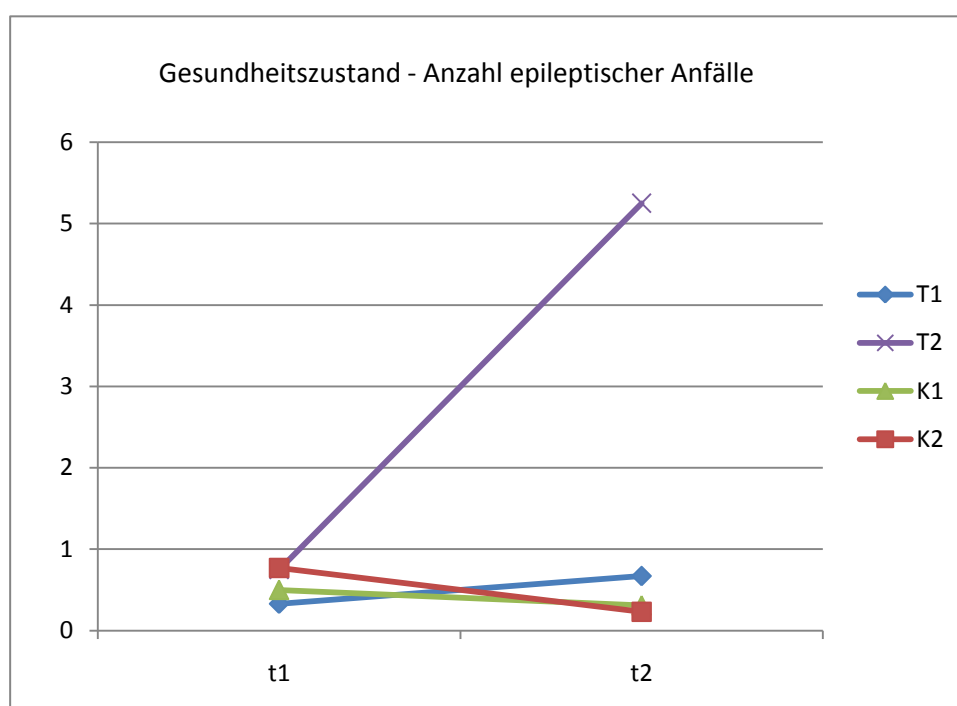


Abbildung 10. Veränderungen bei der Häufigkeit an epileptischen Anfällen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Abbildung 10 zeigt eine deutliche Zunahme der durchschnittlichen Anzahl an epileptischen Anfällen in der Treatmentgruppe T2. In der Treatmentgruppe T1 kam es zu einer leichten Steigerung, in den Kontrollgruppen K1 und K2 nahmen die durchschnittlichen Häufigkeiten der epileptischen Anfälle tendenziell ab. Dabei konnten statistische Effekte nicht ausgeschlossen werden. Die Einzelfallanalyse ergab, dass die deutliche Steigerung des Mittelwerts in der Treatmentgruppe T2 auf letztendlich eine Person zurückgeführt werden musste, für die sich jedoch eine dramatische Steigerung der epileptischen Anfälle in den jeweils zurückliegenden drei Monaten von anfangs zwei dokumentierten Anfällen beim Erhebungszeitpunkt t1 zu 20 dokumentierten Anfällen bei t2 ergab. In den anderen Gruppen waren vergleichbare dramatische Veränderungen auf individueller Ebene nicht zu verzeichnen (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen der Gruppen Anhang B).

Um zu überprüfen, wie sich die Verdauungsbeschwerden, erfasst über ihr Auftreten in den vergangenen vier Wochen, in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit über die Erhebungszeitpunkte veränderten, wurden die Daten deskriptiv ausgewertet. Abbildung 11 verdeutlicht die Zusammenhänge.

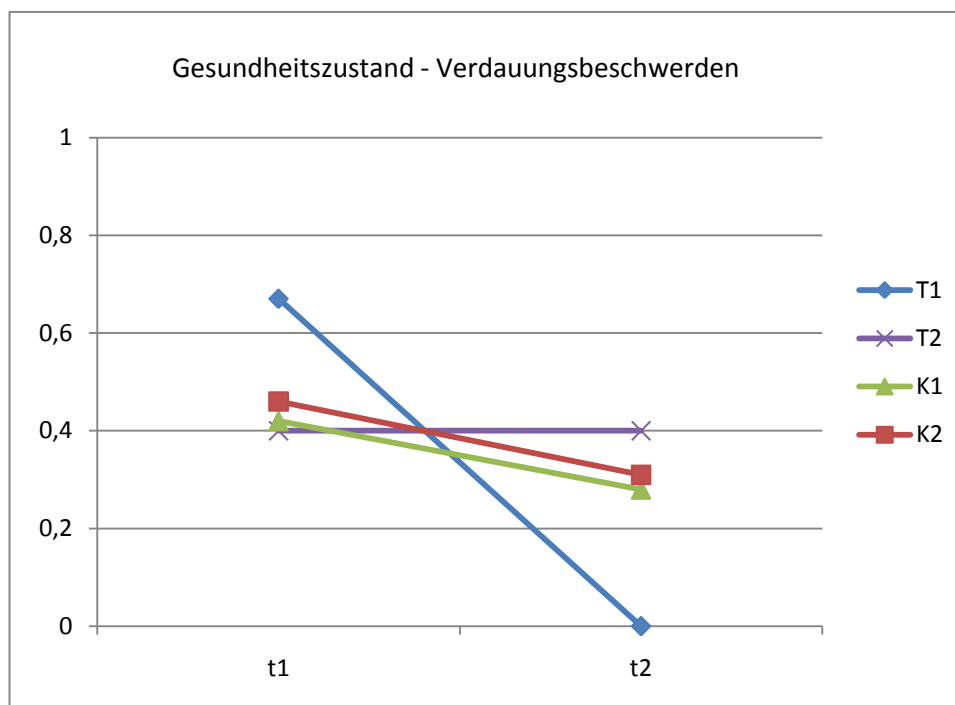


Abbildung 11. Veränderungen bei den Verdauungsbeschwerden

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Verdauungsbeschwerden nahmen deutlich in Treatmentgruppe T1 ab und traten dort zum Erhebungszeitpunkt t2 nicht mehr auf. In den Kontrollgruppen K1 und K2 nahmen die Verdauungsbeschwerden leicht ab, in der Treatmentgruppe T2 blieben sie unverändert (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen der Gruppen Anhang B).

Um zu überprüfen, wie sich die Hauterkrankungen, ebenfalls erfasst über ihr Auftreten in den vergangenen vier Wochen, in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit über die Erhebungszeitpunkte veränderten, wurden die Daten deskriptiv ausgewertet. Über alle Gruppen kam es zum Erhebungszeitpunkt t2 zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Hauterkrankungen. Besonders in der Treatmentgruppe T2 hatten alle Personen beim Erhebungszeitpunkt t1 Hautprobleme in den zurückliegenden vier Wochen, beim Erhebungszeitpunkt t2 waren es nur noch 60 % (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen der Gruppen Anhang B).

Abbildung 12 stellt die Veränderungen dar.

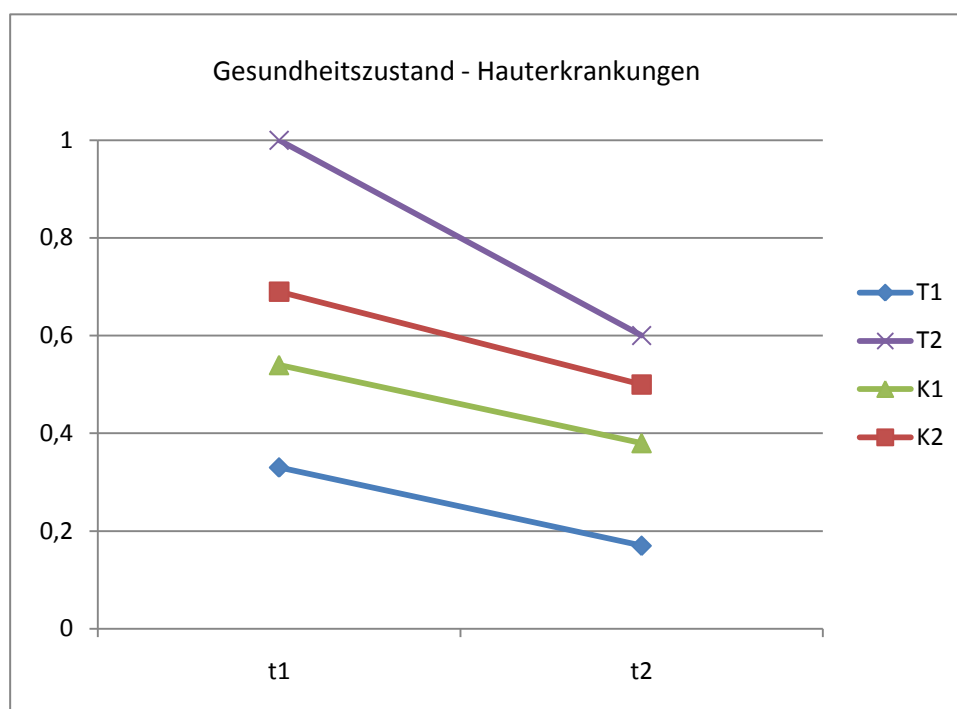


Abbildung 12. Veränderungen bei den Hauterkrankungen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Schließlich wurde überprüft, inwieweit sich das Auftreten von Ohrensekret in den vergangenen vier Wochen in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten veränderte. Auch hier wurde eine deskriptive Analyse vorgenommen. Abbildung 13 illustriert die Zusammenhänge.

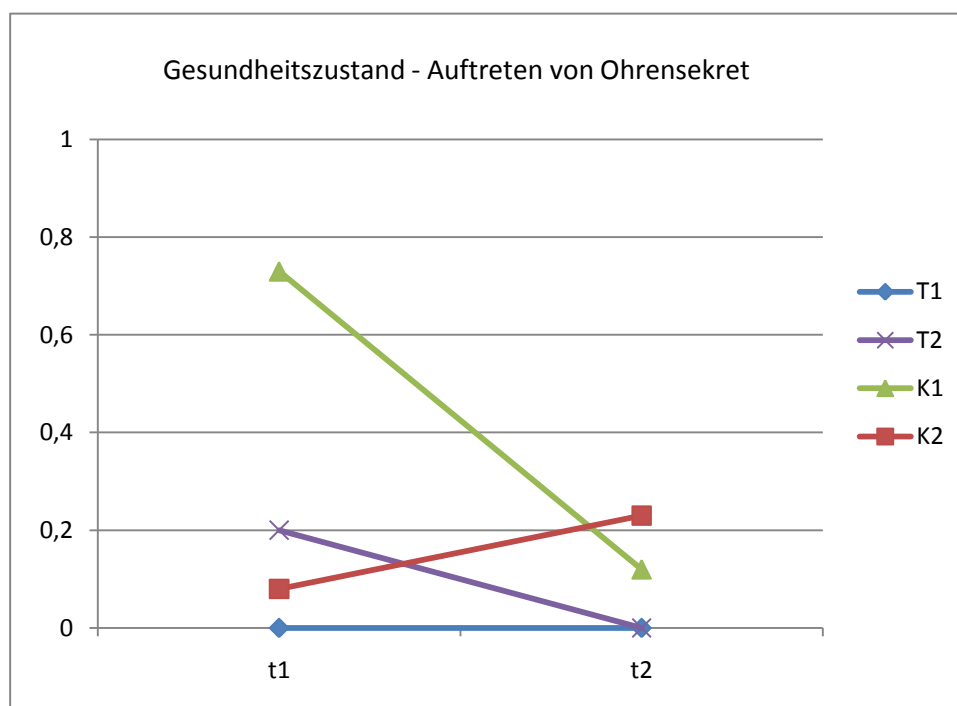


Abbildung 13. Veränderungen beim Auftreten von Ohrensekret

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Hinsichtlich des Auftretens von Ohrensekret in den vergangenen vier Wochen zeigte sich für die Treatmentgruppe T2 eine leichte durchschnittliche Abnahme, in der Kontrollgruppe K1 fiel die Reduzierung deutlicher aus. In Kontrollgruppe K2 stieg das durchschnittliche Auftreten von Ohrensekret leicht an, in der Treatmentgruppe T1 trat unverändert zu beiden Erhebungszeitpunkten kein Ohrensekret auf.

Bei allen Daten zum Gesundheitszustand ist zu berücksichtigen, dass keine Inter-Rater-Reliabilität erhoben wurde. Insofern können nur bedingt Aussagen über die Zuverlässigkeit der Daten gemacht werden. Jedoch handelte es sich um relativ gut zu beobachtende Variablen. Die Anzahl der Arztkontakte wurde in der sogenannten Bewohnerinnenakte dokumentiert, so dass lediglich die Häufigkeit ausgezählt werden musste. Für jeden epileptischen Anfall musste ein Anfallsprotokoll ausgefüllt werden, so dass auch hier lediglich die Anzahl der abgehefteten Protokolle zu zählen war. Hinsichtlich der Variablen Verdauungsbeschwerden, Hauterkrankungen und Ablagerungen von Ohrensekret bestand Interpretationsspielraum, auch wenn dieser als eher gering eingeschätzt wird.

Zusammenfassend kann Hypothese H1 – nach der eine Zunahme an somatischen Beschwerden besonders in der Treatmentgruppe T2 zu erwarten war – als zumindest teilweise und tendenziell bestätigt angesehen werden. Selbst wenn der Effekt nur auf einzelne Personen zurückgeführt werden konnte, hatte die Gefahr für epileptische Anfälle in der Treatmentgruppe T2 deutlich zugenommen, in geringem Maße auch in der Treatmentgruppe T1 – den beiden Gruppen mit den meisten Veränderungen. Die weiteren erfassten Gesundheitsbereiche zeigten ein uneinheitliches und schwer zu interpretierendes Bild. Bezüglich der Hausarztbesuche war ein Rückgang in der Treatmentgruppe T2 zu verzeichnen, es musste jedoch offen bleiben, ob dieser auf einen Rückgang an Erkrankungen in der Gruppe oder auf eine verschlechterte gesundheitliche Versorgung zurück zu führen war.

8.1.2. Aktivitäten

Um die Hypothese H2 – die vermutete Zunahme des Aktivitätsindex als die mit dem subjektiven Faktor Zufriedenheit gewichtete Häufigkeiten von durchgeführten Aktivitäten der behinderten Menschen – zu überprüfen, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Dabei zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 0,1$). Auch der Effekt des Messwiederholungsfaktors war statistisch nicht signifikant ($F = 0,2$). Der vermutete Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt war ebenfalls nicht signifikant auf dem 5 %-Niveau, drückte jedoch mit $p < .08$ eine ausgeprägte Tendenz aus ($F(3, 46) = 2,41, p < .08, \eta^2 = 0,14$). Diese Tendenz bliebe auch bestehen, selbst wenn die Kontrollgruppe K1 aus der Varianzanalyse ausgeschlossen würde. Dieser tendenzielle Interaktionseffekt ging darauf zurück, dass es – wie vermutet – in der Treatmentgruppe T2 zu einer deutlichen Steigerung des Aktivitätsindex kam von einem anfänglichen Wert von 85,4 ($SD = 25,9$) auf 99,0 ($SD = 17,3$) zum Erhebungszeitpunkt t2. In der Kontrollgruppe K1 blieben erwartungsgemäß die Werte des Aktivitätsindex im Erhebungszeitraum im Mittel unverändert. Nicht erwar-

tungsgemäß blieben die Werte im Aktivitätsindex auch in der Treatmentgruppe T1 nahezu unverändert und nahmen in der Kontrollgruppe K2 sogar deutlich ab (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen der Gruppen Anhang B). Die folgende Abbildung 14 illustriert die Zusammenhänge:

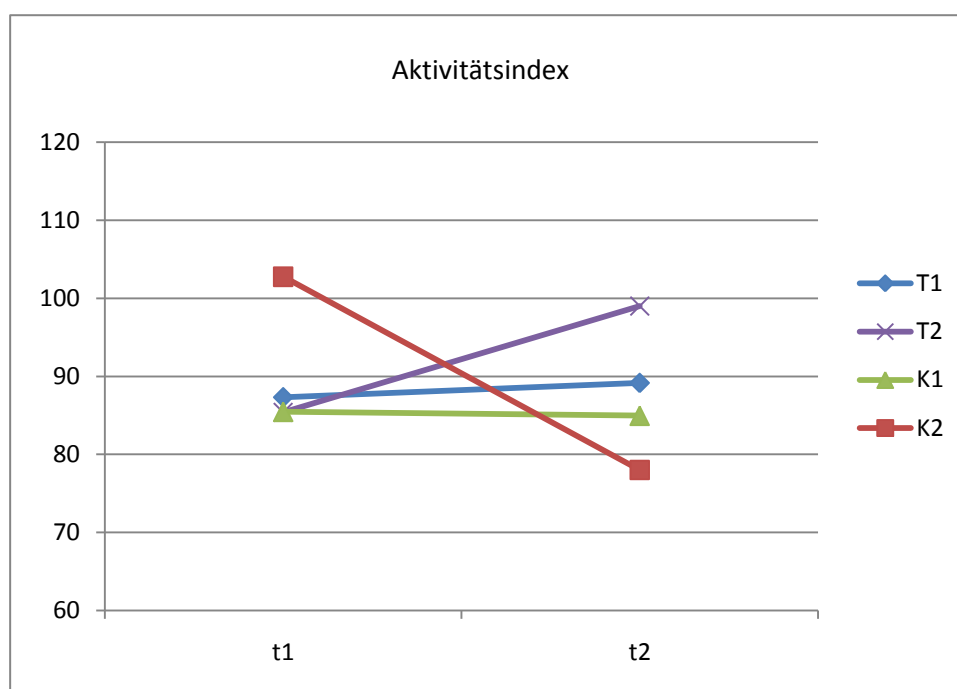


Abbildung 14. Veränderungen beim Aktivitätsindex

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Zusätzlich wurde überprüft, ob sich die reine Zufriedenheit mit den Aktivitäten – unabhängig von der Häufigkeit ihrer Realisierung – veränderte. Die Werte konnten zwischen 0 und 70 (alle 35 Aktivitäten werden sehr gerne durchgeführt) schwanken. Hierzu wurde wieder eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Dabei zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischen-subjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 0,9$). Auch der Effekt des Messwiederholungsfaktors war statistisch nicht signifikant ($F = 0,1$). Hier fand sich jedoch ein ausgeprägter Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt ($F(3, 46) = 4,10$, $p < .05$, $\eta^2 = 0,21$). Dieser signifikante Effekt bliebe auch nachweisbar, wenn die Hauptkontrollgruppe K1 aus der Varianzanalyse ausgeschlossen würde. Der Interaktionseffekt ging darauf zurück, dass es – wie erwartet – in den Treatmentgruppen zu einer Zunahme an Zufriedenheit mit den Aktivitäten kam während diese in den Kontrollgruppen nahezu unverändert blieb bzw. deutlich abnahm (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen der Gruppen Anhang B). Die Zusammenhänge visualisiert nachfolgende Abbildung 15.

Zur Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität und damit der Zuverlässigkeit des Instruments Aktivitätenliste wurden zum Erhebungszeitpunkt t2 in einer Wohngruppe zwei Professionelle gebeten, unabhängig voneinander die Häufigkeit der 35 Aktivitäten und die wahrgenommene Zufriedenheit eines behinderten Menschen mit ihnen anzugeben.

Für fünf Personen konnten zwei Datensätze unabhängig voneinander erhoben werden. Die Korrelation nach Pearson für den Aktivitätsindex (Häufigkeit x Zufriedenheit) lag bei .69 und für die Einschätzung der Zufriedenheit mit einer Aktivität alleine bei .64. Beide Werte waren angesichts von fünf Personen nicht signifikant, aber dennoch als ausreichend gut zu bezeichnen, so dass die von unterschiedlichen Personen erhobenen Daten zu Aktivitäten als ausreichend genau anzusehen waren.

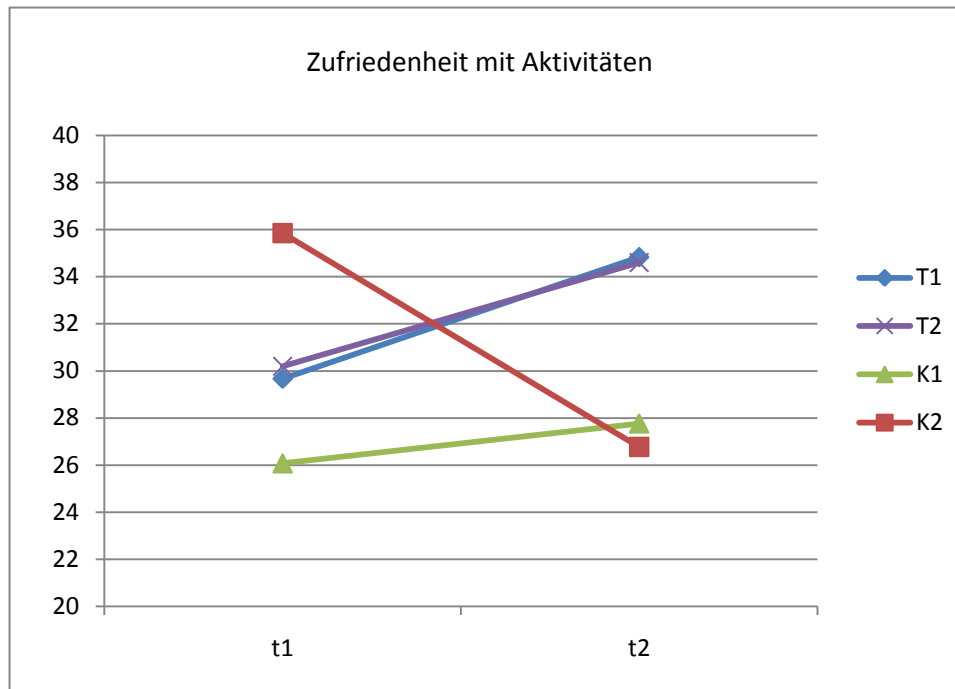


Abbildung 15. Veränderungen der Zufriedenheit mit den Aktivitäten

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Es bestand somit bei ausreichender Reliabilität der Daten ein deutlicher Trend zur Bestätigung der Hypothese H2 und damit der vermuteten Zunahme des Aktivitätsindex in den Treatmentgruppen, der bei der differenzierten Betrachtung der Zufriedenheit mit den vorgegebenen Aktivitäten als Faktor des Aktivitätsindex sogar statistisch signifikant ausfiel. Mit hoher Wahrscheinlichkeit lässt sich dieser Befund damit über die vorliegende Untersuchung hinaus generalisieren.

8.1.3. Erfassung von Stärken und positiven Botschaften

Zur Beschreibung von Veränderungen im Bereich der Ressourcenorientierung wurde auf den Fragebogen zur „Erfassung von Stärken und positiven Botschaften“ zurück gegriffen. Dieses Instrument wurde bisher noch nicht hinsichtlich seiner teststatistischen Güte überprüft, so dass zunächst analysiert wurde, inwieweit die Subskalen des Fragebogens miteinander korrelierten. Die Zusammenhänge der sechs Subskalen (Stärken und positive Botschaften im Sozialverhalten, im psychischen Bereich, im Arbeits- und Leistungsbereich, in der Umwelterkundung, im physischen Bereich und in der Identität), ausgewertet mit Cronbachs Alpha, ergaben für den Erhebungszeit-

punkt t1 in den Gruppen T1, T2 und K2 einen Wert von .88, für den Erhebungszeitpunkt t2 einen Wert von .86. Beide Zusammenhangsmaße waren als sehr hoch anzusehen, so dass für die weitere Analyse auf eine differenzierte Auswertung der Subskalen verzichtet und lediglich der Summenwert über alle Subskalen einer weiteren Analyse unterzogen wurde.

Um die Hypothese H3 – die vermutete Zunahme der durch die Professionellen erfassten Stärken und positiven Botschaften der behinderten Menschen in den Treatmentgruppen – zu überprüfen, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Dabei zeigte sich zunächst ein statistisch hochsignifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F(3, 46) = 7,34, p < .01, \eta^2 = 0,32$). Hingegen war der Effekt des Messwiederholungsfaktors statistisch nicht signifikant ($F = 1,98$). Der vermutete Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt war ebenfalls nicht signifikant ($F = 2,03$). Der signifikante Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit ging darauf zurück, dass es zu beiden Messzeitpunkten einen deutlichen Mittelwertsunterschied zwischen den Gruppen gab. So schwankten die Werte zu t1 im Mittel zwischen 94,6 ($SD = 68,1$) in der Kontrollgruppe K1 und 219,4 ($SD = 85,7$) in der Kontrollgruppe K2.

Die daher durchgeführte Varianzanalyse unter Ausschluss der Kontrollgruppe K1 ergab somit keinen statistisch bedeutsamen Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 0,48$) mehr, auch der Effekt des Messwiederholungsfaktors blieb nicht statistisch signifikant ($F = 0,50$). Jedoch konnte auch unter dieser Bedingung kein statistisch bedeutsamer Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt festgestellt werden ($F = 1,50$).

Dennoch ließ sich deskriptiv ein hypothesenkonformer Trend erkennen. Die durchschnittlichen Summenwerte nahmen in den Treatmentgruppen zu, wobei die mittlere Steigerung in der Treatmentgruppe T2 mit 24,0 Punkten höher ausfällt als in der Treatmentgruppe T1 mit 17,5. In den Kontrollgruppen zeigte sich ein uneinheitliches Bild, wobei in der Kontrollgruppe K2 die Mittelwerte abnahmen und in der Kontrollgruppe K1 es zu einer deutlichen Steigerung kam (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen der Gruppen Anhang B).

Die nachfolgende Abbildung 16 illustriert die Zusammenhänge:

Zur Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität und damit der Zuverlässigkeit des Fragebogens zur „Erfassung der Stärken und positiven Botschaften“ wurden zum Erhebungszeitpunkt t2 in einer Wohngruppe zwei Professionelle gebeten, unabhängig voneinander die Stärken und positiven Botschaften eines behinderten Menschen anzugeben.

Für sechs Personen konnten zwei Datensätze unabhängig voneinander erhoben werden. Die Korrelation nach Pearson für den Gesamtsummenwert lag bei .88 und war auf dem 5 %-Niveau statistisch signifikant. Der Wert war somit als gut bis sehr gut zu bezeichnen, so dass die von unterschiedlichen Personen erhobenen Daten zu Stärken und positiven Botschaften als genau anzusehen waren.

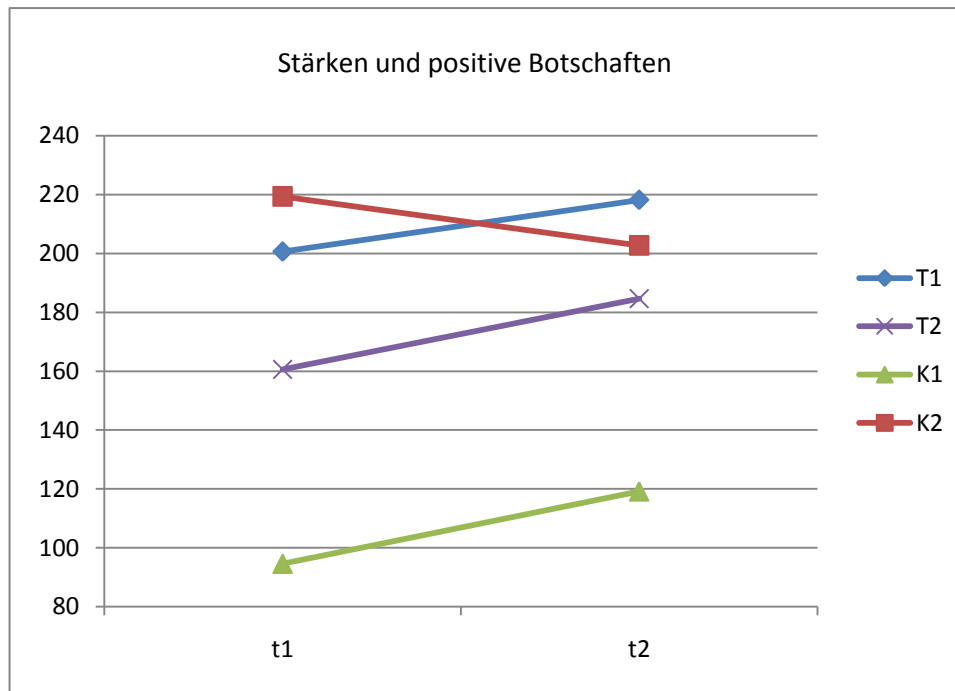


Abbildung 16. Veränderungen bei den Stärken und positiven Botschaften

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Es bestand somit bei sehr guter Reliabilität der Daten ein Trend zur Bestätigung der Hypothese H3 und damit der vermuteten Zunahme der durch die Professionellen erfassten Stärken und positiven Botschaften in den Treatmentgruppen. Ohne weitere Überprüfung ließe sich dieser Befund über die vorliegende Untersuchung hinaus nicht generalisieren.

8.1.4. Heidelberger-Kompetenz-Inventar (HKI)

Um die Hypothese H4 – die vermutete Zunahme der Kompetenzen, allen voran der praktischen Kompetenzen der behinderten Menschen in den Treatmentgruppen – zu überprüfen, wurde erneut eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Zunächst wurden die praktischen Kompetenzen einer näheren Analyse unterzogen. Dabei zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 1,76$). Auch der Effekt des Messwiederholungsfaktors war statistisch nicht signifikant ($F = 0,21$). Es zeigte sich jedoch der vermutete Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt ($F(3, 46) = 3,20$, $p < .05$, $\eta^2 = 0,17$). Dieser Interaktionseffekt ging darauf zurück, dass die bedeutsamste Steigerung der Mittelwerte unerwarteter Weise in der Kontrollgruppe K1 zu verzeichnen war mit $+ 4,1$. Es kam zwar auch in der Treatmentgruppe T2 zu einer erwarteten Steigerung der praktischen Kompetenzen, diese fiel aber mit $+ 1,4$ gering aus. Die Werte in der Treatmentgruppe 1 blieben mit $+ 0,2$ nahezu unverändert, in der Kontrollgruppe K2 wurde eine deutliche Abnahme von $- 3,4$ verzeichnet (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen).

chungen der Gruppen Anhang B). Die folgende Abbildung 17 stellt die Zusammenhänge grafisch dar:

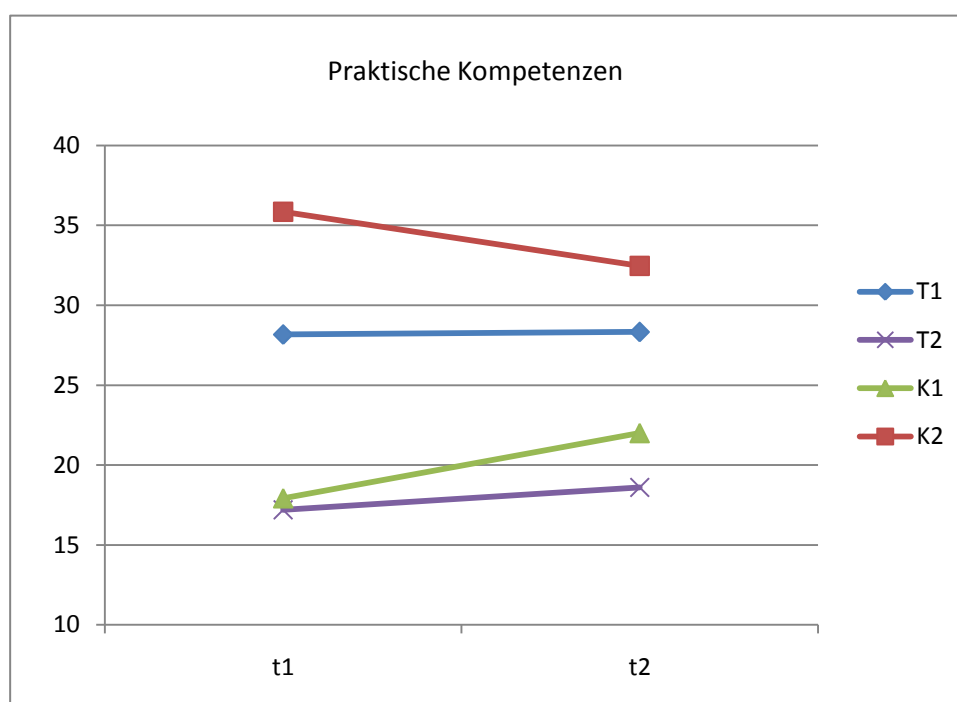


Abbildung 17. Veränderungen bei den praktischen Kompetenzen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Für den Fall, dass die Daten der Kontrollgruppe K1 aus der Varianzanalyse ausgeschlossen würden, ergebe sich folgendes Bild: Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 1,01$). Auch der Effekt des Messwiederholungsfaktors war statistisch nicht signifikant ($F = 0,2$). Der vermutete Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt war unter dieser Bedingung ebenfalls nicht signifikant ($F = 1,3$).

Zur Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität und damit der Zuverlässigkeit des HKI wurden zum Erhebungszeitpunkt t2 in einer Wohngruppe zwei Professionelle gebeten, unabhängig voneinander die praktischen Kompetenzen eines behinderten Menschen einzuschätzen.

Für neun Personen konnten zwei Datensätze unabhängig voneinander erhoben werden. Die Korrelation nach Pearson für den Summenwert der praktischen Kompetenzen lag bei .88 und war auf dem 1 %-Niveau statistisch signifikant. Der Wert war somit als sehr gut zu bezeichnen, so dass die von unterschiedlichen Personen in der vorliegenden Untersuchung erhobenen Daten zur praktischen Kompetenz als genau anzusehen waren.

Für die kognitiven Kompetenzen konnten folgende Ergebnisse berichtet werden: Auch hier wurde zur Überprüfung der Hypothese eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F(3, 46) = 3,86$, $p < .05$, $\eta^2 = 0,20$). Der Effekt des Messwiederholungsfaktors war statistisch nicht signifikant ($F = 0,24$). Der vermutete Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt war ebenso nicht signifikant ($F = 1,27$).

Der signifikante Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit konnte darauf zurückgeführt werden, dass bereits beim Erhebungszeitpunkt t1 die Daten zwischen den Gruppen deutlich schwankten. So lag der Mittelwert für die kognitiven Kompetenzen zwischen 19,2 (SD = 22,3) in der Kontrollgruppe K1 und 59,2 (SD = 51,0) in der Kontrollgruppe K2. Wie schon bei den praktischen Kompetenzen kam es entgegen der Erwartung in der Kontrollgruppe K1 zu der deutlichsten Steigerung der Werte für die kognitiven Kompetenzen von + 7,1, gefolgt von einer erwartungsgemäßen Steigerung in der Treatmentgruppe T2 von + 2,8, gefolgt von einer nicht erwartungsgemäßen Reduzierung in der Kontrollgruppe K2 von – 1,3, gefolgt schließlich von einer nicht erwartungsgemäßen Reduzierung der Werte für die kognitive Kompetenz in der Treatmentgruppe T1 von – 3,3 (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen Anhang B). Die folgende Abbildung 18 stellt die Zusammenhänge grafisch dar:

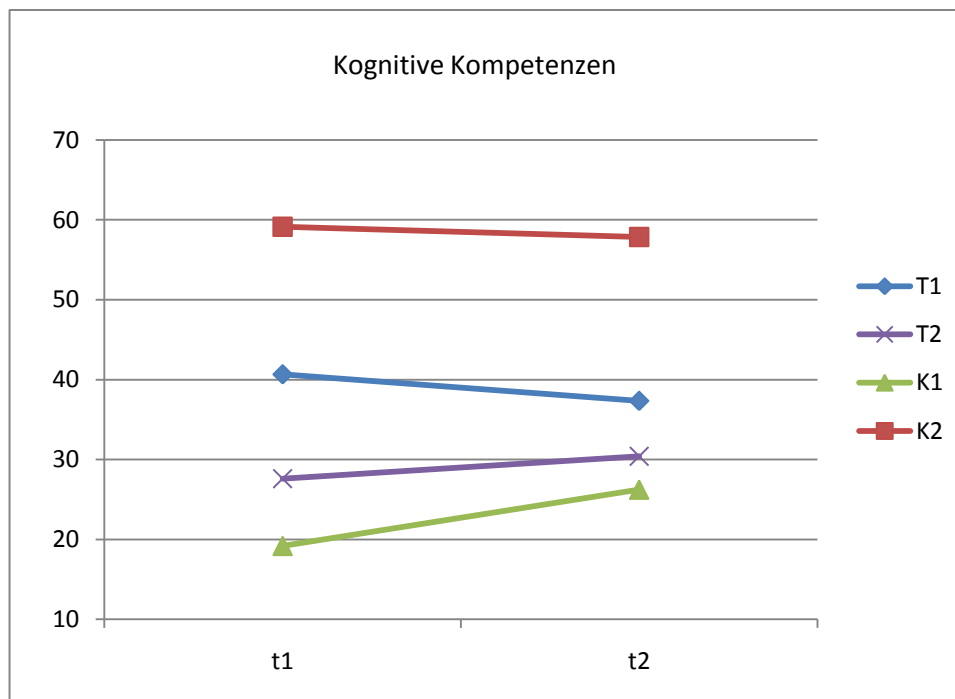


Abbildung 18. Veränderungen bei den kognitiven Kompetenzen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Für den Fall, dass für die vertiefte Analyse der Daten für die kognitiven Kompetenzen die Werte der Kontrollgruppe K1 aus der Varianzanalyse ausgeschlossen würden, ergebe sich folgendes Bild: Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 1,14$) mehr. Auch der Effekt des Messwiederholungsfaktors war statistisch nicht signifikant ($F = 0,04$). Der vermutete Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt war unter dieser Bedingung ebenfalls nicht signifikant ($F = 0,3$).

Zur Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität der Zuverlässigkeit der Werte der kognitiven Kompetenzen wurden ebenfalls zum Erhebungszeitpunkt t2 in einer Wohngruppe zwei Professionelle gebeten, unabhängig voneinander die kognitiven Kompetenzen eines behinderten Menschen einzuschätzen.

Wie schon zuvor konnten für neun Personen zwei Datensätze unabhängig voneinander erhoben werden. Die Korrelation nach Pearson für den Summenwert der kognitiven Kompetenzen lag bei .95 und war auf dem 1 %-Niveau statistisch signifikant. Der Wert war somit als sehr gut zu bezeichnen, so dass die von unterschiedlichen Personen erhobenen Daten zur kognitiven Kompetenz als genau anzusehen waren.

Für die sozialen Kompetenzen ergab sich aufgrund der gerechneten Varianzanalyse mit Messwiederholung folgendes Bild: Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 2,34$). Dafür war der Effekt des Messwiederholungsfaktors bei den sozialen Kompetenzen statistisch signifikant ($F(1, 46) = 6,35, p < .05, \eta^2 = 0,12$). Der vermutete Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt war nicht signifikant ($F = 1,85$).

Der signifikante Haupteffekt des Messwiederholungsfaktors konnte darauf zurückgeführt werden, dass es unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit zu einer teilweise deutlichen und nicht erwartungsgemäßen Steigerung der Werte für die sozialen Kompetenzen von Erhebungszeitpunkt t1 zu t2 kam. Die höchste Steigerung der Mittelwerte der sozialen Kompetenz war für Kontrollgruppe K1 zu verzeichnen mit + 19,4 (dies stellte mehr als eine Verdoppelung der Mittelwerte von t1 dar), gefolgt von Treatmentgruppe T2 mit + 8,4, gefolgt von Kontrollgruppe K2 mit + 5,1 und schließlich Treatmentgruppe T1 mit + 4,0 (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen Anhang B). Die folgende Abbildung 19 stellt die Zusammenhänge grafisch dar:

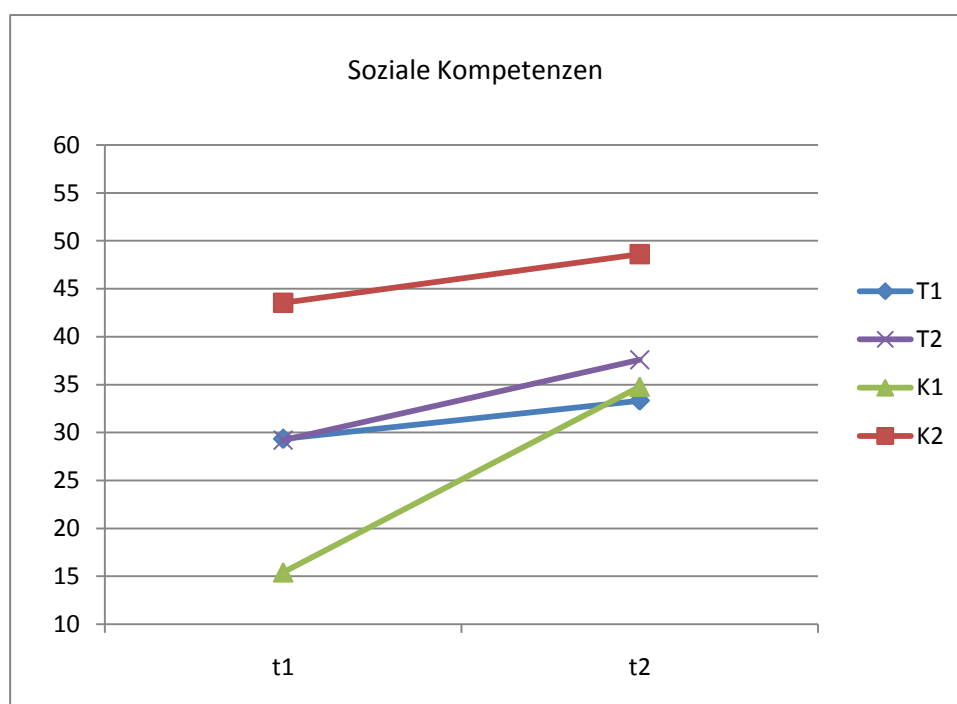


Abbildung 19. Veränderungen bei den sozialen Kompetenzen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Auch bei den sozialen Kompetenzen führte der Fall, dass für die vertiefte Analyse die Daten der Kontrollgruppe K1 aus der Varianzanalyse ausgeschlossen würden, zu keinem grundlegend veränderten Bild: Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppen-

zugehörigkeit ($F = 0,77$). Der Effekt des Messwiederholungsfaktors war statistisch nicht mehr signifikant ($F = 3,50$). Der vermutete Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt war unter dieser Bedingung ebenfalls nicht signifikant ($F = 0,15$).

Auch für die sozialen Kompetenzen wurde die Inter-Rater-Reliabilität überprüft. Für die neun Personen konnten erneut zwei Datensätze unabhängig voneinander erhoben werden. Die Korrelation nach Pearson für den Summenwert der sozialen Kompetenzen lag bei .89 und war auf dem 1 %-Niveau statistisch signifikant. Der Wert war somit als sehr gut zu bezeichnen, so dass die von unterschiedlichen Personen erhobenen Daten zur sozialen Kompetenz als genau anzusehen waren. Dennoch bleibt ein uneinheitliches und diskussionswürdiges Bild aus der Analyse der Kompetenzen zurück.

Bei sehr guter Reliabilität der Daten zu den Kompetenzen konnte die Hypothese H4 nur teilweise und lediglich tendenziell bestätigt werden. Überwiegend musste sie verworfen werden. Die erwartete Reihenfolge der Steigerung beginnend mit den praktischen Kompetenzen konnte nicht bestätigt werden. In der untersuchten Stichprobe fand sich die höchste beschriebene Steigerung – die einer Verdoppelung der Ausgangswerte darstellte – bei den kognitiven Kompetenzen und dies in der Kontrollgruppe K1. Sowohl die unerwartete Steigerung bei den kognitiven Kompetenzen und auch die über alle Kompetenzbereiche hinweg zu beobachtete Steigerung der Kompetenzen in der Kontrollgruppe K1 wird unter Aspekten der Validität noch zu diskutieren sein.

Dennoch zeigte sich erwartungsgemäß auch eine Steigerung der Kompetenzen in der Treatmentgruppe T2, die unerwartet die kognitiven Kompetenzen einschloss. In der Treatmentgruppe T1 waren die Veränderungen in den Kompetenzbereichen uneinheitlich und entgegen der Erwartung. In der Kontrollgruppe K2 kam es entgegen der Erwartung zu einer Reduzierung der sozialen und kognitiven Kompetenz und einer Steigerung der sozialen Kompetenz.

8.1.5. Screening psychischer Beschwerden mit der PAS-ADD Checkliste

Zur Überprüfung der Hypothese H5 über den vermuteten Anstieg von psychischen Beschwerden in den Treatmentgruppen wurden Daten verwendet, die mit der PAS-ADD Checkliste erhoben wurden.

Die PAS-ADD Checkliste ist ein relativ neues Verfahren, das bisher nur in englischsprachiger Originalversion vorliegt. Erfahrungen mit der systematischen Erfassung von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung wurden bisher überwiegend im angloamerikanischen Raum gesammelt, im deutschsprachigen Raum fehlen entsprechende Instrumente. Die PAS-ADD Checkliste ist ein Screeninginstrument, das dazu dient, den Professionellen Anhaltspunkte für das Vorliegen von psychischen Störungen einer behinderten Person zu liefern, um darauf aufbauend eine weitergehende diagnostische Abklärung einzuleiten. Es versucht somit, von einer psychischen Störung bedrohte Menschen mit geistiger Behinderung aus einer großen Gruppe zu identifizieren. Dabei fokussiert es die aktuellen Veränderungen, weniger chronische Verläufe. Vor diesem Hintergrund hat sich das Instrument in der vorliegenden Untersuchung nicht als Operationsalisierung des Indikators psychische Beschwerden bewährt. Es identifiziert nur relativ wenig Personen aus der

Stichprobe und ermöglicht keine Verlaufsbeobachtung im hier gewählten Untersuchungszeitraum von über einem Jahr, da keine der zunächst identifizierten Personen erneut identifiziert wurde.

Aufgrund der geringen Streuung der Werte wurde auf eine Varianzanalyse mit Messwiederholung verzichtet. So wurden zum Erhebungszeitpunkt t1 bei den affektiven und neurotischen Störungen lediglich für fünf Personen Werte größer 0 berichtet, nur drei erreichten oder überschritten den Schwellenwert von sechs Punkten, nach dem eine weiterführende diagnostische Abklärung eingeleitet werden sollte. Bei den psychotischen Störungen wurden zum Erhebungszeitpunkt t2 für keine Person Werte größer 0 berichtet.

Vor diesem Hintergrund wurden weniger die Personen fokussiert, die den Schwellenwert erreichten oder überschritten, sondern alle Personen berücksichtigt, die Werte größer 0 erhielten.

Für die affektiven und neurotischen Störungen ergab sich dabei folgendes Bild, das Abbildung 20 illustriert: Die Anzahl der Personen mit Werten größer 0 im Bereich affektive und neurotische Störungen nahmen in der Treatmentgruppe T2 sowie den Kontrollgruppen K1 und K2 zu, in der Treatmentgruppe T1 nahm die Zahl ab.

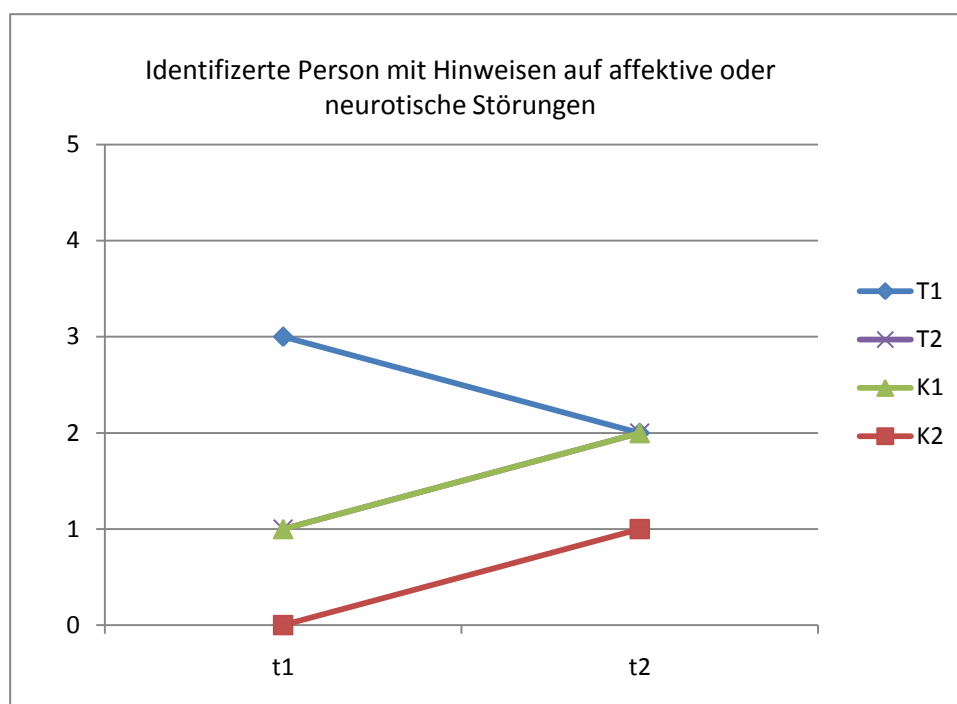


Abbildung 20. Veränderungen bei den identifizierten Personen mit Hinweisen auf affektive oder neurotische Störungen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Bei den möglichen organischen Ursachen zeigte sich ebenfalls eine Zunahme an Personen mit einem Wert größer 0 zum Erhebungszeitpunkt t2 in der Treatmentgruppe T2 und den Kontrollgruppen K1 und K2. In der Treatmentgruppe T1 blieb die Anzahl unverändert, vgl. Abbildung 21.

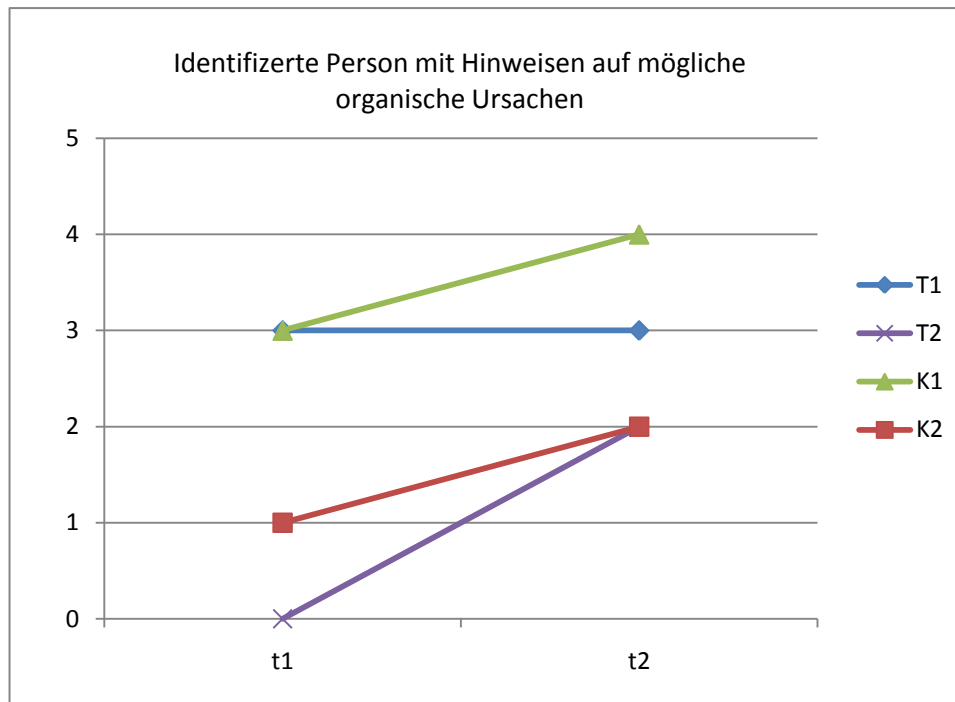


Abbildung 21. Veränderungen bei den identifizierten Personen mit Hinweisen auf mögliche organische Ursachen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Bei den psychotischen Störungen schließlich zeigte sich für die Kontrollgruppe K1 und die Treatmentgruppe T1 eine Reduzierung der Personen mit Werten über 0, in der Treatmentgruppe T2 und der Kontrollgruppe K2 gab es unverändert keine Person mit Werten größer 0. Die Veränderungen illustriert die nachfolgende Abbildung 22.

Die einzelnen Häufigkeiten der Personen mit Werten größer 0 und die Häufigkeit der Personen, die den jeweiligen Schwellenwert erreichten bzw. überschritten, werden in Anhang B berichtet.

Insgesamt war bei diesen Ergebnissen jedoch zu berücksichtigen, dass trotz intensiver Schulung der Rater es nur geringe Übereinstimmungen hinsichtlich der Identifizierung von Personen mit möglichen Hinweisen auf psychische Störungen gab. In einer gruppenübergreifenden Substichprobe von 17 Personen konnten zum Erhebungszeitpunkt t1 für zwei Rater, die unabhängig voneinander die PAS-ADD Checkliste ausfüllten, nur geringe Übereinstimmungen gefunden werden. Für die affektiven und neurotischen Störungen wurden von zwei unabhängigen Ratern aus der Stichprobe von 17 Personen jeweils vier Personen mit Werten größer 0 beschrieben, von denen nur zwei identisch waren. Rater 1 identifizierte eine Person, die den Grenzwert erreichte bzw. überschritt, Rater 2 zwei Personen. Hinsichtlich der identifizierten Personen gab es dann jedoch keine Übereinstimmung. Für die möglichen organischen Ursachen fand Rater 1 in der Stichprobe von 17 Personen vier Personen mit Werten größer 0, Rater 2 zwei Personen, von denen eine den Grenzwert erreichte oder überschritt. Dabei gab es eine Übereinstimmung. Für die psychotischen Störungen fanden zwei Rater unabhängig voneinander jeweils zwei Personen mit Werten größer 0, bei denen es jedoch keine Übereinstimmung gab.

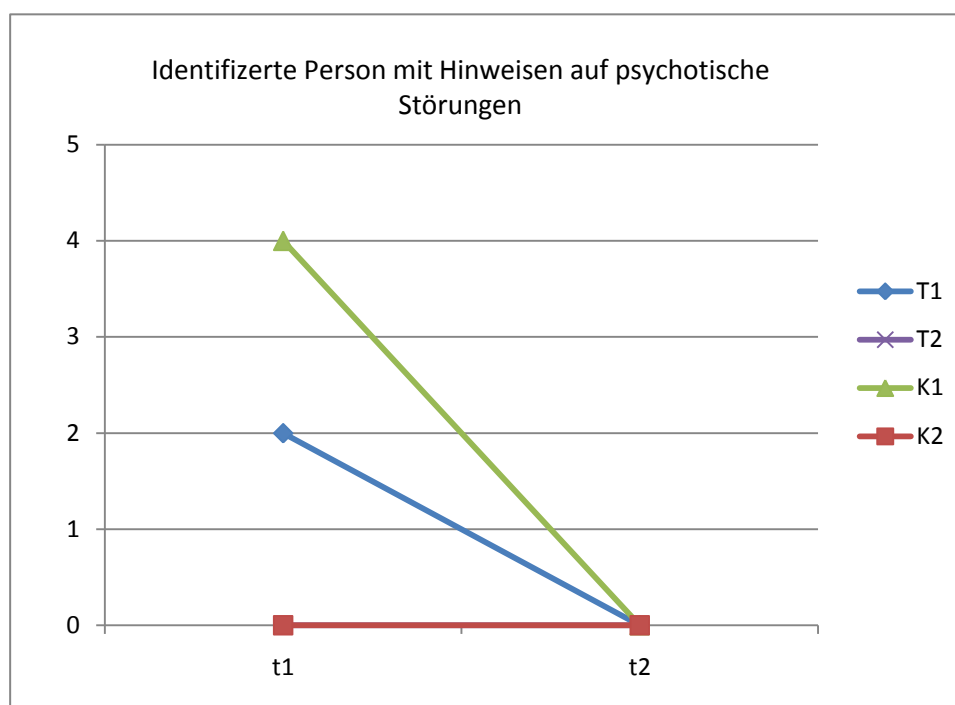


Abbildung 22. Veränderungen bei den identifizierten Personen mit Hinweisen auf psychotische Störungen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Zusammenfassend ließ sich bei eher zweifelhafter Genauigkeit des Instruments, das auch in der grundsätzlichen Schwierigkeit der Erfassung von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung begründet ist, die Hypothese H5 nur in Ansätzen und tendenziell bestätigen. So wurden tatsächlich und erwartungsgemäß in der Treatmentgruppe T2 zum Erhebungszeitpunkt t2 mehr Personen identifiziert mit Hinweisen auf psychische Störungen. Dieser Trend fand sich mit Ausnahme der psychotischen Störungen nicht erwartungsgemäß auch in den Kontrollgruppen K1 und K2. In der Treatmentgruppe T1 war ebenfalls nicht erwartungsgemäß tendenziell eine Reduzierung von Personen mit Hinweisen auf psychische Erkrankungen festzustellen.

8.1.6. Allgemeine Zufriedenheit in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in der Institution leben

Um die Hypothese H6 zu überprüfen, ob die allgemeine Zufriedenheit über die beiden Erhebungszeitpunkte unverändert bleibt, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Dabei konnte kein statistisch signifikanter Effekt des Zwischensubjektfaktors Gruppenzugehörigkeit ($F = 0,06$) gefunden werden. Auch der Effekt des Messwiederholungsfaktors war statistisch nicht signifikant ($F = 0,24$). Schließlich war auch erwartungsgemäß der Interaktionseffekt der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt nicht signifikant ($F = 0,81$).

Dennoch zeigte die deskriptive Analyse einen Trend, der der Hypothese entgegen steht. Dies illustriert Abbildung 23:

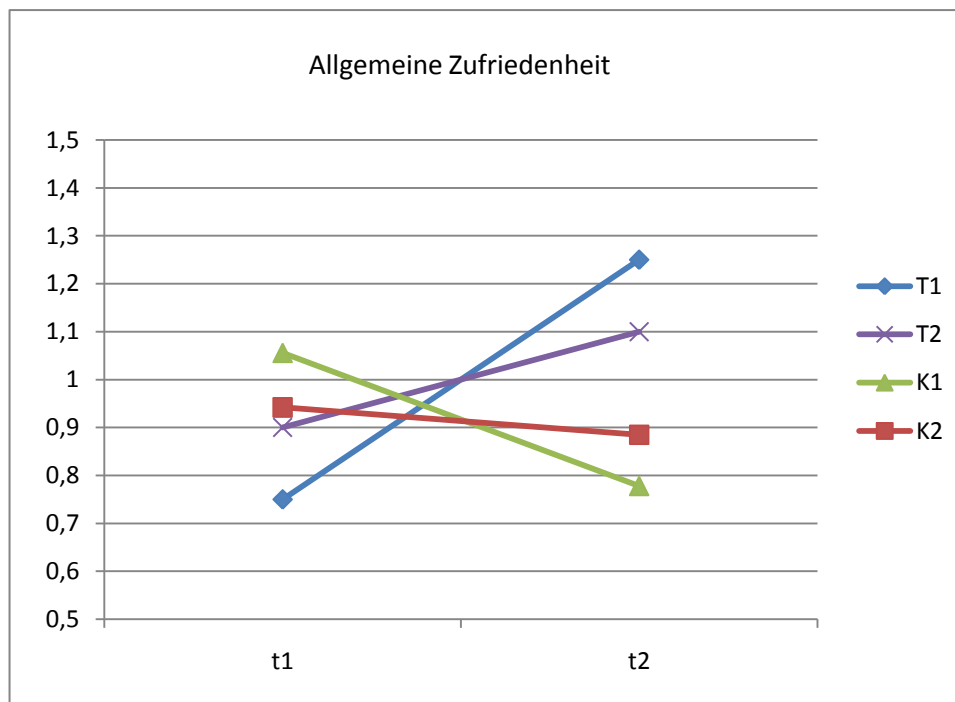


Abbildung 23. Veränderungen bei der allgemeinen Zufriedenheit

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Dieser – statistisch nicht signifikanter Trend – zeigte für die Treatmentgruppen T1 und T2 eine Zunahme an allgemeiner Zufriedenheit der beteiligten Personen, während für die Kontrollgruppen K1 und K2 eine Abnahme festzustellen war (vgl. zu den Mittelwerten und Standardabweichungen der Gruppen Anhang B).

Der Fragebogen zur Lebensqualität und hier besonders die Frage zur allgemeinen Zufriedenheit wurde vom Autor selbst erhoben. Hierzu wurde – wie in Kapitel 7 beschrieben – nach Möglichkeit der Mensch, der in der Institution lebt, selbst befragt, in Einzelfällen mit Assistenz durch einen Professionellen durch Übersetzen des jeweiligen Kommunikationssystems und schließlich in der überwiegenden Anzahl der Befragten durch stellvertretende Beantwortung durch den persönlichen Assistenten, in der Regel einen Professionellen der Wohngruppe.

Insofern können keine Aussagen zur Inter-Rater-Reliabilität gemacht werden. Grundsätzlich ist durch das Vorgehen der Kombination von direkten Aussagen, übersetzten Aussagen und stellvertretenden Aussagen von einer geringen Genauigkeit auszugehen, die die Ungenauigkeit des Konstrukts allgemeine Zufriedenheit noch vergrößert.

Zusammenfassend stellten die Ergebnisse zur allgemeinen Zufriedenheit einen Befund dar, der der Hypothese H6 entgegen stand, der mit dem Zufriedenheits-Paradox begründeten und erwarteten Konstanz der allgemeinen Zufriedenheit. Deinstitutionalisieren scheint vor diesem Hintergrund, wenn auch nicht statistisch signifikant, dennoch zu einer Zunahme an allgemeiner Zufriedenheit der direkt Beteiligten – der Menschen, die in der Institution leben, aber auch derjenigen, die für diese stellvertretenden antworten – zu führen. Es ist jedoch unsicher, inwieweit dieser Befund ohne weitere Überprüfung über die vorliegende Untersuchung hinaus verallgemeinert werden kann,

zumal die Ursachen dieser Veränderungen mit dem quantitativ ausgerichteten Vorgehen nicht weiter vertiefend betrachtet werden konnten.

8.2. Überprüfung der Hypothesen für die Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution arbeiten

Aufgrund der geringen Zellenbesetzung in der Stichprobe wurde auf eine varianzanalytische Auswertung verzichtet. Die Analyse der Daten erfolgte überwiegend deskriptiv, für die Analyse der Ziele und Werte der Professionellen wurde auf inhaltsanalytische Methoden zurück gegriffen.

Die Gliederung orientiert sich dabei an den in Kapitel 7 vorgestellten Ergebnisindikatoren und entsprechenden Hypothesen.

8.2.1. Subjektive Arbeitsanalyse (SAA)

Um zu überprüfen, ob es Hinweise darauf gab, dass sich die mit Hypothese H7 vermutete Zustimmung zu relevanten Arbeitsinhalten, erfasst durch die Subjektive Arbeitsanalyse, über die zwei Messzeitpunkte und über die unterschiedlichen Gruppen veränderte, wurde eine deskriptive Analyse durchgeführt.

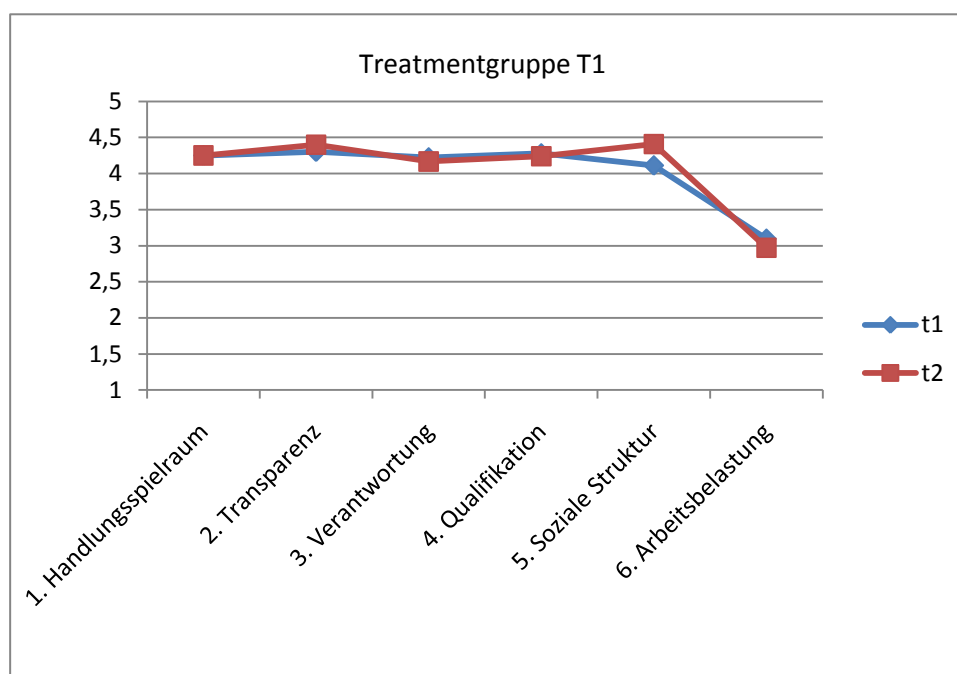


Abbildung 24. Veränderungen der Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, in der Treatmentgruppe T1

Anmerkung. t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Da die Berechnung des Zusammenhangs zwischen den sechs Hauptindizes der Subjektiven Arbeitsanalyse theoriekonform sehr gering war (Cronbachs Alpha .06), wurden die Mittelwerte der jeweiligen Hauptindizes für jede Treatment- und Kontrollgruppe isoliert betrachtet. Es wird somit eine Darstellungsform gewählt, wie sie Ulich, Schüpbach, Schilling und Kuark (1990) beispielhaft für den Vergleich von SAA-Profilen von Anlagenführern und Maschinenbedienern gewählt haben. Zu allen Gruppen finden sich die Mittelwerte und Standardabweichungen im Anhang B.

Die vorhergehende Abbildung 24 zeigt die Veränderungen zwischen t1 und t2 für die Treatmentgruppe T1. Es zeigte sich dort bei insgesamt hoher Zustimmung zu den Arbeitsinhalten nur eine sehr geringe Veränderung zwischen den Messzeitpunkten.

Abbildung 25 stellt das gemittelte SAA-Profil in der Treatmentgruppe T2 dar. Dieses ergab eine insgesamt geringere Zustimmung gegenüber der Treatmentgruppe T1 zu beiden Messzeitpunkten, aber eine Steigerung der Zustimmung zu Erhebungszeitpunkt t2.

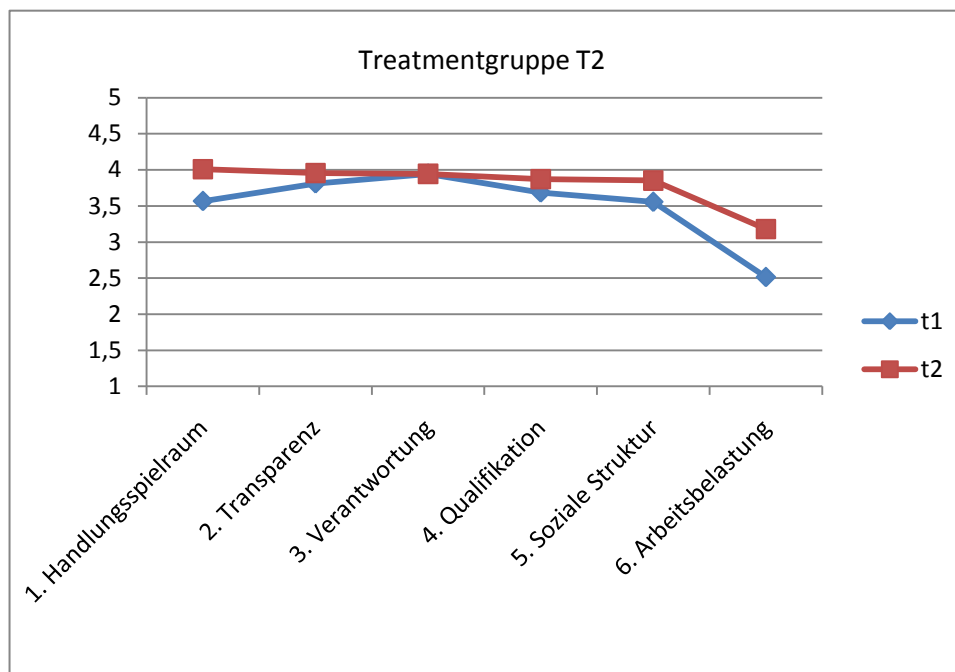


Abbildung 25. Veränderungen der Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, in der Treatmentgruppe T2

Anmerkung. t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Das SAA-Profil in der Kontrollgruppe K1 variierte stärker als in der Treatmentgruppe T1. Teilweise wurden ähnlich hohe Werte erreicht (z.B. Hauptindizes Transparenz), teilweise lagen sie drunter (z.B. Hauptindizes Qualifikation). Während es über die Erhebungszeitpunkte hinweg nur geringe Veränderungen gab, stieg im Bereich Qualifikation die Zustimmung zu t2 deutlich an (vgl. nachfolgende Abbildung 26).

Für die Kontrollgruppe K2 schließlich ergab das SAA-Profil zum Erhebungszeitpunkt t1 eine der Treatmentgruppe T1 vergleichbare Zustimmung, die aber im Bereich des Hauptindizes Verantwortung niedriger ausfiel. Hier war auch die einzige Steigerung zu Erhebungszeitpunkt t2 zu verzeichnen, in allen anderen Bereichen nahm die Zustimmung ab.

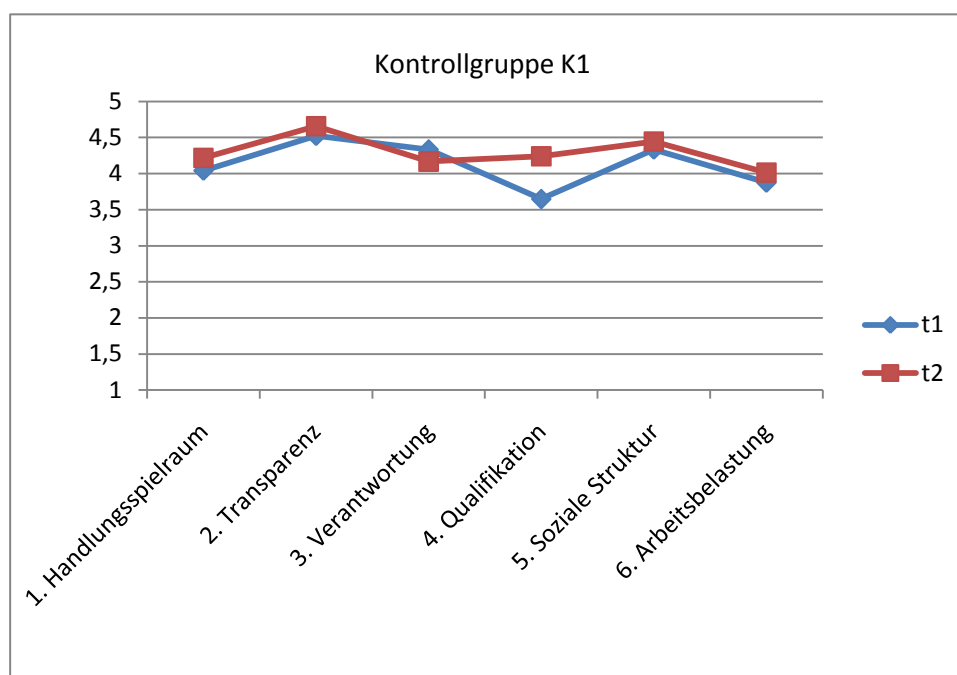


Abbildung 26. Veränderungen der Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, in der Kontrollgruppe K1

Anmerkung. t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Die Abbildung 27 zeigt die Veränderungen für die Kontrollgruppe K2.

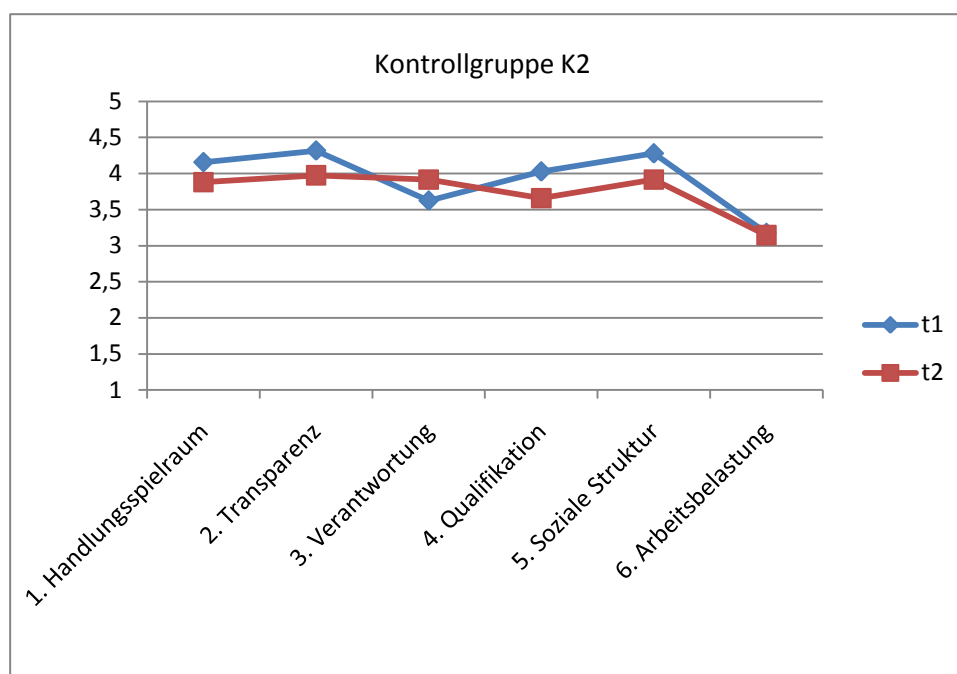


Abbildung 27. Veränderungen der Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, in der Kontrollgruppe K2

Anmerkung. t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Wurden die Steigerungen der gemittelten Zustimmung für die einzelnen Gruppen über alle Hauptindices hinweg saldiert, ergab sich für die Treatmentgruppe T1 eine geringe Steigerung von 0,18.

Über alle Bereiche hinweg summiert stieg die Zustimmung in der Treatmentgruppe T2 deutlich um 1,73. Doch auch in der Kontrollgruppe K1 fand eine Steigerung von summiert 0,98 statt. Nur in der Kontrollgruppe K2 sank die Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten um 1,09.

Zusammenfassend fanden sich damit nur zu Teilen Hinweise auf eine Bestätigung des in Hypothese H7 formulierten Trends. Zwar stieg bei den Professionellen der Treatmentgruppe T2 die Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, erwartungsgemäß von Erhebungszeitpunkt t1 zu t2 deutlich, dennoch überstieg sie insgesamt nicht die absoluten Werte der Treatmentgruppe T1 und der Kontrollgruppe K1. In der Treatmentgruppe T1 veränderten sich entgegen der Erwartung die Werte an Zustimmung zwischen den Erhebungszeitpunkten nicht. Dafür stiegen entgegen der Erwartung diese in der Kontrollgruppe K1, während sie in der Kontrollgruppe K2 in ähnlichem Maße sanken. Ohne weitere Überprüfung lassen sich daher die Ergebnisse zur Bewertung von wesentlichen Arbeitsinhalten nicht über die vorliegende Untersuchung hinaus verallgemeinern.

8.2.2. Teamklima

Um zu überprüfen, ob es Hinweise darauf gibt, dass die in Hypothese H8 vermutete Ausprägungen der Dimensionen Visionen, Aufgabenorientierung, Partizipative Sicherheit und Unterstützung für Innovationen der Professionellen in den Treatmentgruppen zunehmen, wurden die Daten erneut deskriptiv analysiert. Die Entwicklungen der Werte für die Dimension Vision sind in Abbildung 28 zusammen gefasst.

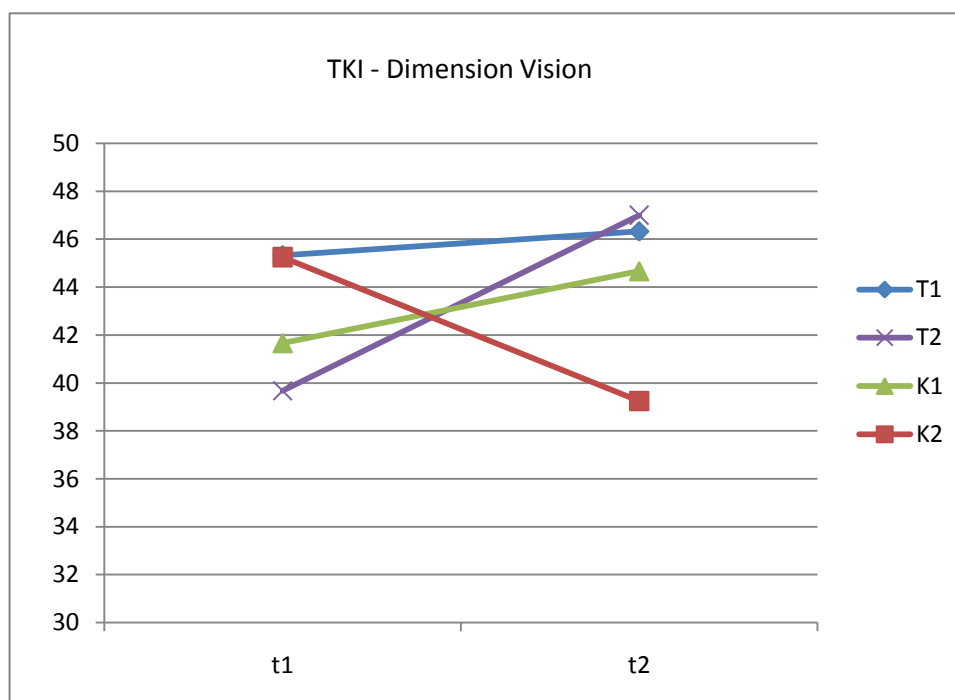


Abbildung 28. Veränderungen in der Dimension Vision des TKI

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Erwartungsgemäß konnten die Professionellen der Treatmentgruppen T1 und T2 ihre Visionen und damit die Klarheit, Wertschätzung und Einigkeit sowie Erreichbarkeit ihrer Ziele und Werte tendenziell erweitern. Dies betraf besonders auch erwartungsgemäß die Treatmentgruppe T2. Jedoch auch in der Kontrollgruppe K1 kam es zu einer Steigerung der Werte in der Dimension Vision. Lediglich in der Kontrollgruppe K2 nahmen diese Werte ab.

Verglichen mit der Norm-Stichprobe von 30 Teams aus der Pflege und Betreuung (Brodbeck et al., 2000, S. 54), lagen die Werte für die Treatmentgruppe T2 mit Stantine 3 zu Beginn im unterdurchschnittlichen Bereich, zum 2. Erhebungszeitpunkt lagen sie mit Stantine 8 im überdurchschnittlichen Bereich. Die Werte für die Treatmentgruppe T1 waren bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt mit Stantine 8 überdurchschnittlich hoch.

Die Ergebnisse waren nicht statistisch signifikant, lieferten aber Hinweise auf eine Bestätigung der Hypothese H8 und einen Trend, der weiter zu überprüfen wäre (vgl. zu den Mittelwerten und Standardabweichungen der Dimension Vision in den Gruppen Anhang B).

Für die Dimension Aufgabenorientierung im Teamklima-Inventar fanden sich folgende Zusammenhänge:

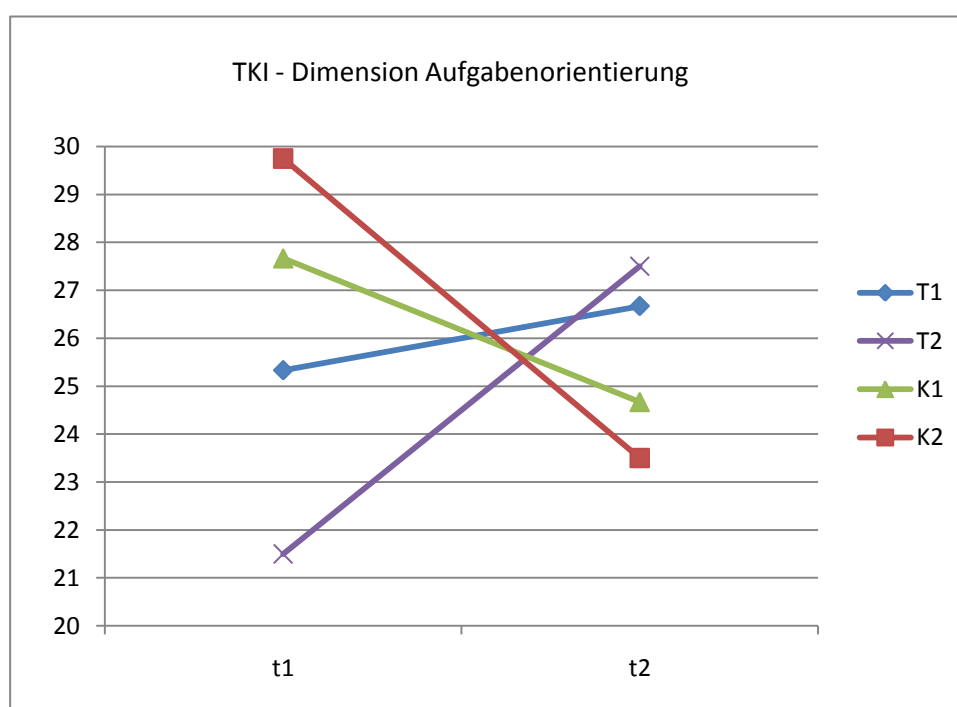


Abbildung 29. Veränderungen der Dimension Aufgabenorientierung des TKI

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Auch hier konnten erwartungsgemäß die Professionellen der Treatmentgruppen T1 und T2 ihre Aufgabenorientierung und damit die eigenen Standards, die Reflexionsmöglichkeiten und Synergien in der Arbeit tendenziell erweitern. Dies betraf besonders auch und erwartungsgemäß die Treatmentgruppe T2. Entgegen der Erwartung kam es in beiden Kontrollgruppen K1 und K2 zu einer Abnahme der Werte zur Aufgabenorientierung.

Verglichen mit der Norm-Stichprobe waren die Werte für die Treatmentgruppe T2 anfangs mit Stantine 3 unterdurchschnittlich, zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit Stantine 6 als durchschnittlich anzusehen. Treatmentgruppe T1 veränderte sich im durchschnittlichen Bereich von anfangs Stantine 4 auf Stantine 5 zum zweiten Erhebungszeitpunkt.

Die Veränderungen waren nicht statistisch signifikant, lieferten aber – wie schon in der Dimension Vision – Hinweise auf eine Bestätigung der Hypothese H8 und einen Trend, der weiter zu überprüfen wäre (vgl. zu den Mittelwerten und Standardabweichungen der Dimension Aufgabenorientierung in den Gruppen Anhang B).

Für die Dimension Partizipative Sicherheit ergaben sich folgende Zusammenhänge.

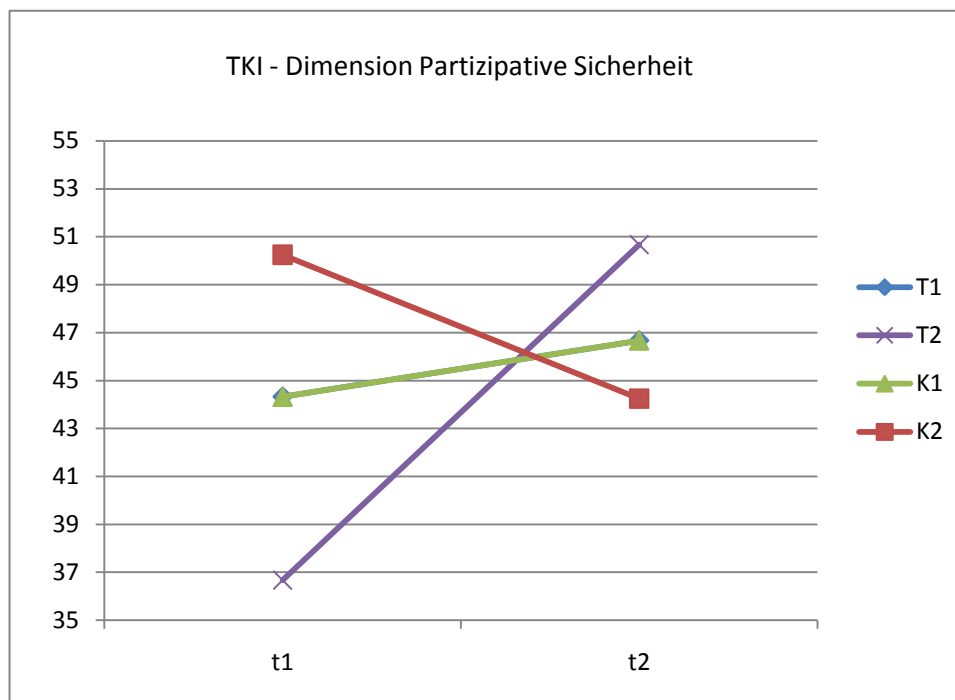


Abbildung 30. Veränderungen der Dimension Partizipative Sicherheit des TKI

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Wie schon bei den Dimensionen zuvor konnte ein deutlicher Trend beschrieben werden, demzufolge die Werte für die Partizipative Sicherheit in den Treatmentgruppen T1 und T2 zunahmen. Auch hier war die Steigerung in der Treatmentgruppe T2 besonders deutlich. Die Professionellen dieser Gruppen erlebten somit mehr Sicherheit und gegenseitige Unterstützung durch Informationsfluss und Kontakte. Doch auch in der Kontrollgruppe K1 kam es zu einer tendenziellen Steigerung der Werte. Lediglich in Kontrollgruppe K2 nahmen die Werte ab.

Verglichen mit der Norm-Stichprobe von 30 Teams aus der Pflege und Betreuung waren die Werte für die Treatmentgruppe T2 anfangs mit Stantine 1 als deutlich unterdurchschnittlich anzusehen, zum zweiten Erhebungszeitpunkt erreichte die Gruppe mit Stantine 6 einen durchschnittlichen Wert. Treatmentgruppe T1 veränderte sich leicht im durchschnittlichen Bereich von anfangs Stantine 4 auf Stantine 5 zum zweiten Erhebungszeitpunkt.

Auch für die Dimension Partizipative Sicherheit waren die Veränderungen nicht statistisch signifikant. Sie lieferten aber erneut Hinweise auf eine Bestätigung der Hypothese H8 und einen Trend, der weiter zu überprüfen wäre (vgl. zu den Mittelwerten und Standardabweichungen der Dimension Partizipative Sicherheit in den Gruppen Anhang B).

Schließlich sollen noch die Veränderungen in der Dimension Unterstützung für Innovation vorgestellt werden.

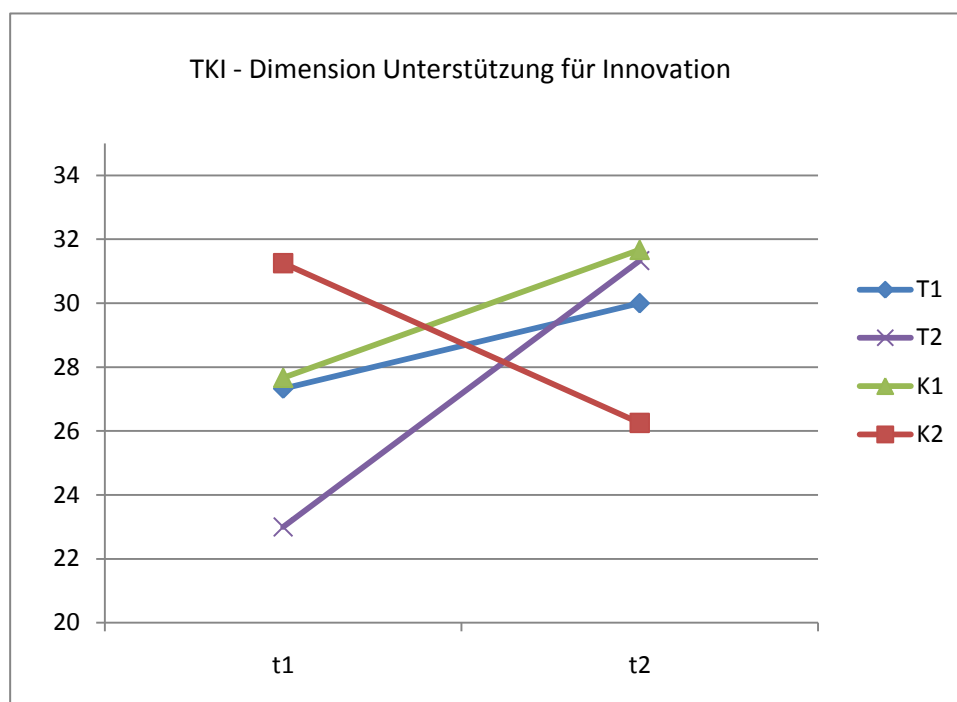


Abbildung 31. Veränderungen der Dimension Unterstützung für Innovation des TKI

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Auch in der Dimension Unterstützung für Innovation ließ sich der bisher beschriebene Trend bestätigen, dass es in den Treatmentgruppen zu einer Steigerung über die Erhebungszeitpunkte kam. Besonders ausgeprägt war erneut die Steigerung in der Treatmentgruppe T2, deren Professionelle zunehmend ihre Bereitschaft und Unterstützung für Innovationen bekundeten. Doch auch in dieser Dimension steigerten die Professionellen der Kontrollgruppe K1 ihre Unterstützung für Innovation und stellten entgegen der Erwartung zum Erhebungszeitpunkt t2 den höchsten Wert.

Verglichen mit der Norm-Stichprobe veränderte sich Treatmentgruppe T2 von anfänglich unterdurchschnittlichen Stantine 3 auf überdurchschnittliche Stantine 7 zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Treatmentgruppe T1 veränderte sich leicht im durchschnittlichen Bereich von Stantine 5 auf 6. Selbst die Kontrollgruppe K1 erreichte zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit Stantine 7 einen – verglichen mit der Norm-Stichprobe – überdurchschnittlichen Wert.

Schließlich fanden sich damit auch für die Dimension Unterstützung für Innovation Hinweise, die die Hypothese H8 tendenziell bestätigen, selbst wenn die beobachteten Veränderungen nicht statistisch signifikant waren. Dabei fiel auf, dass entgegen der Erwartung auch in der Kontrollgruppe K1 eine Zunahme an Unterstützung von Innovation zu verzeichnen war (vgl. zu den Mittelwerten

und Standardabweichungen der Dimension Unterstützung für Innovation in den Gruppen Anhang B).

Insgesamt musste jedoch bei der Interpretation der Daten um das Teamklima berücksichtigt werden, dass die Werte zur sozialen Erwünschtheit überwiegend in einem Bereich lagen, der zumindest als Hinweis auf ein gewisses Maß an sozialer Erwünschtheit zu interpretieren war. In der Kontrollgruppe K2 lagen die Werte zur sozialen Erwünschtheit zum Erhebungszeitpunkt t1 über dem Grenzwert von 22, unter dem die Werte als noch akzeptabel anzusehen sind. Kontrollgruppe K2 spielte aber bei der Analyse der Daten eine untergeordnete Rolle. In den Treatmentgruppen T1 und T2 zum Erhebungszeitpunkt t1 waren die Werte für die soziale Erwünschtheit unterhalb des Grenzwertes, so dass eine hinreichend geringe soziale Erwünschtheit bestand (vgl. zu den Mittelwerten und Standardabweichungen der sozialen Erwünschtheit in den Gruppen Anhang B).

Zusammenfassend bestand in gewissem Rahmen eine Tendenz zur Beantwortung der Fragen zum Teamklima im Sinne der sozialen Erwünschtheit. Dennoch fanden sich in allen Dimensionen Hinweise auf eine Bestätigung des in Hypothese H8 angenommenen Trends. Die Professionellen in den Treatmentgruppen steigerten ihre Vision, ihre Aufgabenorientierung, ihre Partizipative Sicherheit und ihre Unterstützung für Innovation. Besonders in Treatmentgruppe T2 fiel die Steigerung sehr deutlich aus. Entgegen der Erwartung sanken im gleichen Maße die Werte in der Kontrollgruppe K2, während in der Kontrollgruppe K1 ebenfalls eine tendenzielle Steigerung der Werte zu verzeichnen war. Die Daten lassen sich ohne weitere Überprüfung über die vorliegende Untersuchung hinaus nicht generalisieren.

8.2.3. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Um zu überprüfen, ob es entsprechend der Hypothese H9 Hinweise darauf gab, dass sich zwischen den Gruppen die erlebte Selbstwirksamkeit und die erlebte Externalität unterschiedlich entwickelte, wurden die Daten erneut deskriptiv analysiert.

Zunächst wurde überprüft, auf welchem Skalenniveau die Analyse vorgenommen werden sollte. Für die Sekundärskalen Selbstwirksamkeit und Externalität fand sich in der Stichprobe eine auf dem 1 %-Niveau signifikante Korrelation nach Pearson von $r = -.77$. Vor diesem Hintergrund wurde die Analyse auf der Ebene der Tertiärskala ‚Internalität vs. Externalität‘ vorgenommen. Diese umfasst die interne Kontrollüberzeugung sowie die Autonomie, denen die wahrgenommene Fremdbestimmung gegenüber steht.

Die deskriptive Analyse lieferte Hinweise zur Bestätigung der Hypothese H9, ohne dass der Effekt statistisch signifikant war. Es kam erwartungsgemäß in den Treatmentgruppen T1 und T2 zu einer teilweise deutlichen Erhöhung der durchschnittlichen Werte der Skala ‚Internalität vs. Externalität‘, d.h. die Professionellen erlebten eine höhere Selbstwirksamkeit bzw. eine geringere Fremdbestimmung. Zum Erhebungszeitpunkt t2 stellten sie die insgesamt höchsten Werte in der Stichprobe. In den Kontrollgruppen K1 und K2 nahmen die Werte tendenziell ab, vor allen Dingen in K1 fiel die Abnahme deutlich aus. Diese hatten zum Erhebungszeitpunkt t1 noch die höchsten Werte (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen Anhang B).

Die Zusammenhänge stellt folgende Abbildung 32 grafisch dar:

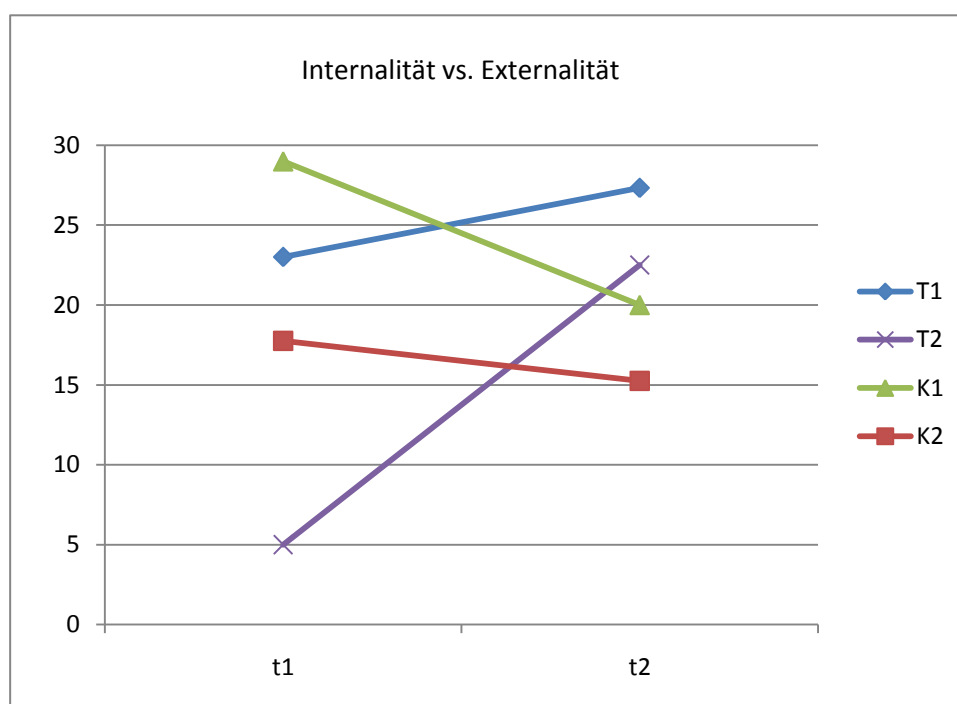


Abbildung 32. Veränderungen in der Skala Internalität vs. Externalität

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

8.2.4. Allgemeine Arbeitszufriedenheit in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution arbeiten

Um zu überprüfen, ob es Hinweise darauf gab, dass – wie in Hypothese H10 angenommen – sich die allgemeine Arbeitszufriedenheit entsprechend der Annahme des Zufriedenheits-Paradox nicht verändern würde, wurde eine deskriptive Analyse der Daten durchgeführt.

Da die teststatistische Güte des „Arbeitszufriedenheits-Kurzfragebogens“ (AZK) nur als gering einzuschätzen ist, wurde auf eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Formen von Arbeitszufriedenheit in der Stichprobe verzichtet. Dennoch scheint es möglich zu sein, mit dem AZK um die allgemeine Arbeitszufriedenheit zu erfassen (vgl. Fischer, 1989, S. 60). Vor diesem Hintergrund wurden die Werte der ersten drei Items des AZK einer näheren Analyse unterzogen.

Das erste Item („Diese Arbeitsstelle ist genau das Richtige für mich, ich fühle mich wohl hier.“) soll die allgemeine Arbeitszufriedenheit erfassen. Die Entwicklung über die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte zeigte für die jeweiligen Gruppen ein uneinheitliches Bild (vgl. nachfolgende Abbildung 33).

Entgegen der Hypothese gab es deutliche Hinweise darauf, dass sich die allgemeine Arbeitszufriedenheit über die zwei Erhebungszeitpunkte veränderte. Dabei kam es ausschließlich in der Treatmentgruppe T2 zu einer Steigerung, wobei insgesamt betrachtet die allgemeine Arbeitszufriedenheit bezüglich der absoluten Werte in der Treatmentgruppe T2 auch zum Erhebungszeitraum t2

die niedrigste in der Stichprobe blieb. Demgegenüber nahm die allgemeine Arbeitszufriedenheit entgegen der Hypothese in der Treatmentgruppe T1, wo sie anfangs am höchsten war (dem Item wurde von allen Professionellen der Gruppe vollständig zugestimmt), und der Kontrollgruppe K2 ab. Lediglich in der Kontrollgruppe K1 bleibt erwartungsgemäß die allgemeine Arbeitszufriedenheit auf hohem Niveau unverändert (vgl. zu den Mittelwerten und Standardabweichungen der Gruppen Anhang B).

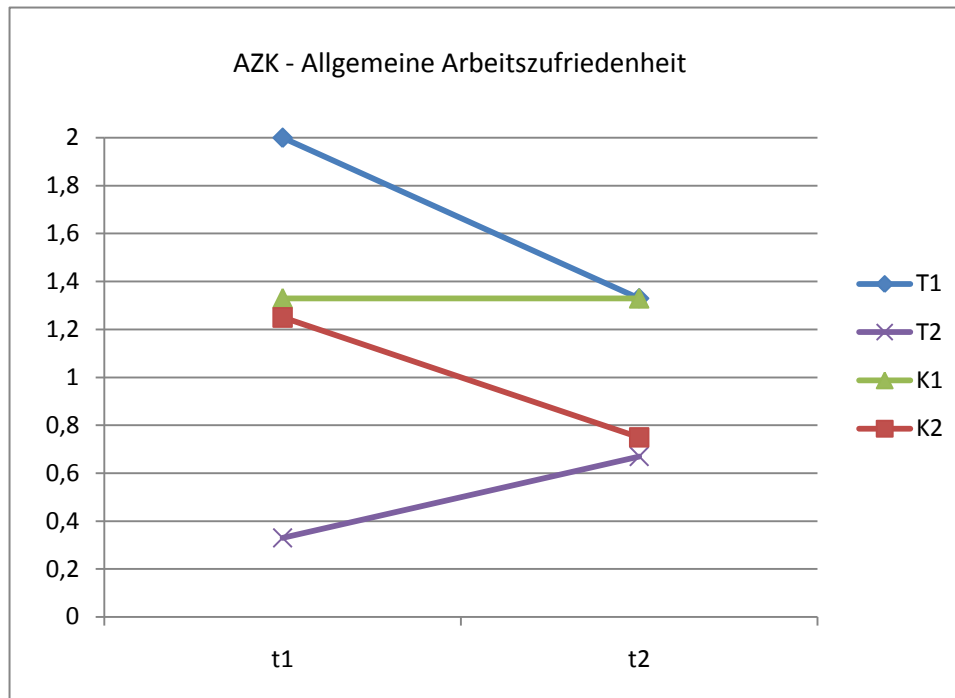


Abbildung 33. Veränderungen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Das zweite Item („Als MitarbeiterIn kann ich nicht viele Ansprüche stellen, was die Erfüllung meiner eigenen Bedürfnisse im Arbeitsverhältnis betrifft.“) führte entsprechend der ablehnenden Formulierung tendenziell zu negativen Werten. Die Zusammenhänge illustriert die nachfolgende Abbildung 34.

Am deutlichsten wurde diese Aussage von den Professionellen der Kontrollgruppe K1 abgelehnt, sie glaubten damit am ehesten, Ansprüche stellen zu dürfen, was die Erfüllung eigener Bedürfnisse in der Arbeit betraf. Diese deutliche Ablehnung bestand auch unverändert zum Erhebungszeitpunkt t2. Hinsichtlich der übrigen Gruppen galt, dass die Professionellen die Aussage tendenziell zum zweiten Erhebungszeitpunkt weniger ablehnten, im Falle der Treatmentgruppen letztendlich unentschieden bezüglich dieser Aussage waren. Sie glaubten damit weniger als noch zur ersten Erhebung, dass sie Ansprüche stellen durften (vgl. zu den Mittelwerten und Standardabweichungen der einzelnen Gruppen Anhang B).

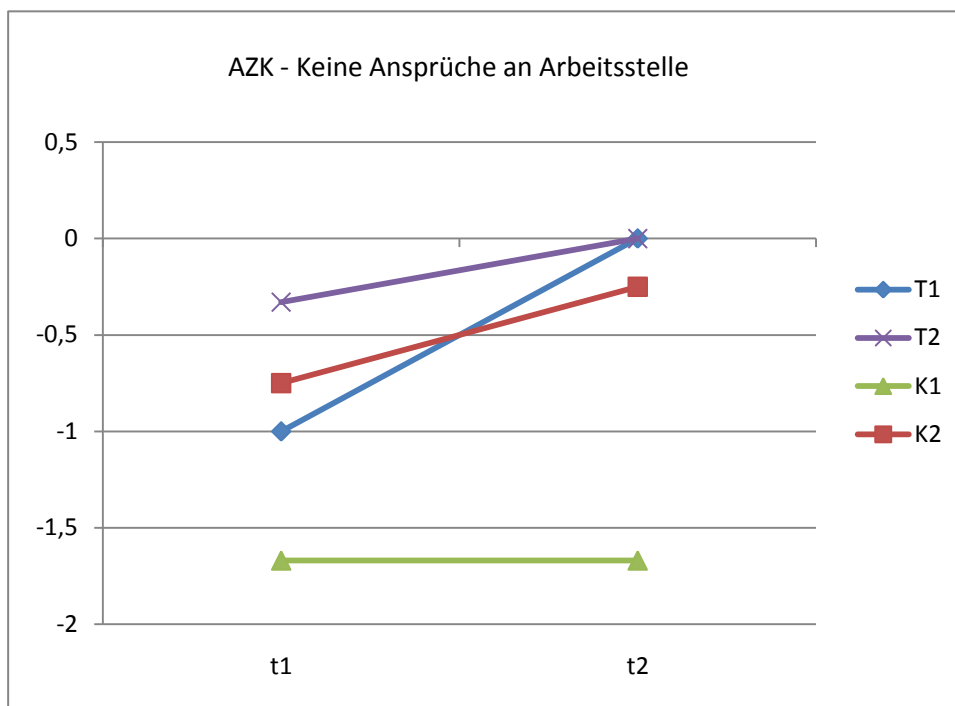


Abbildung 34. Veränderungen bezüglich der Ansprüche an die Arbeitsstelle

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Das dritte Item im AZK erfragt, inwieweit eine Anspruchserhöhung stattgefunden hat („Im Laufe der Zeit konnte ich meine Ansprüche an meine Arbeitsstelle erhöhen.“). Für dieses Item sind die Zusammenhänge in Abbildung 35 dargestellt.

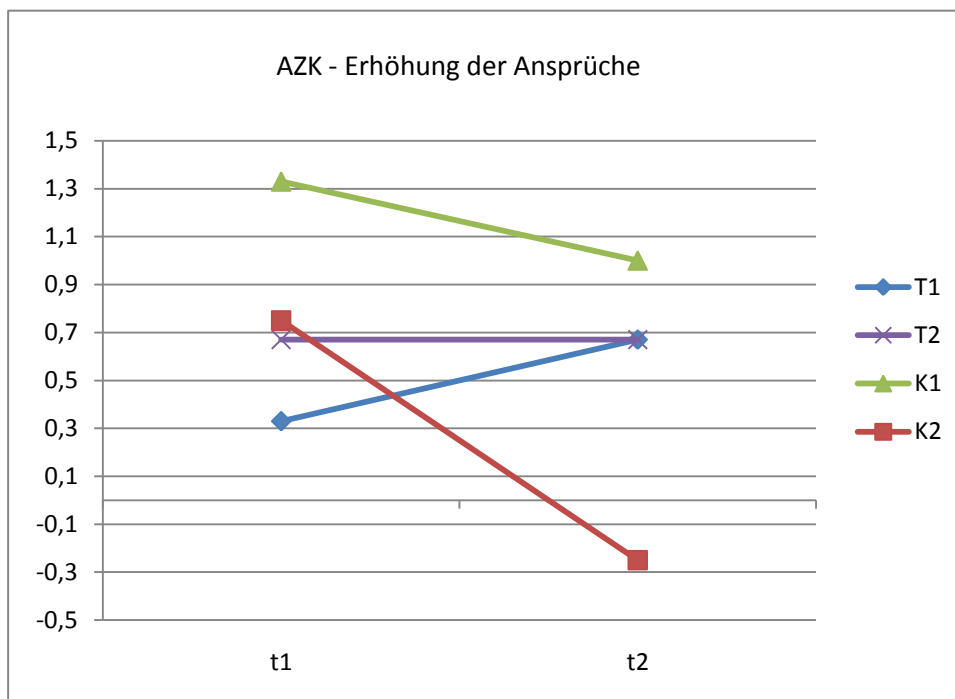


Abbildung 35. Veränderungen in der Erhöhung der Ansprüche

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Bei der Analyse der Daten fiel auf, dass besonders in den beiden Kontrollgruppen K1 und K2 die Zustimmung zu dieser Aussage zum Erhebungszeitpunkt t2 abnahm, im Falle der Professionellen in der Kontrollgruppe K2 sogar in den leicht negativen und damit ablehnenden Bereich sank. Lediglich in Treatmentgruppe T1 stieg die Zustimmung zu dieser Aussage, blieb aber unter dem Wert in der Kontrollgruppe K1. Die Zustimmung der Professionellen der Treatmentgruppe T2 zu dieser Aussage blieb im mittleren Bereich unverändert zum zweiten Erhebungszeitpunkt.

Auf eine weitergehende Analyse der Verteilung der unterschiedlichen Formen an Arbeitszufriedenheit in der Stichprobe, für die der AZK ursprünglich entwickelt wurde, wurde aufgrund der berichteten methodischen Mängel verzichtet.

Zusammenfassend ließ sich in Bezug auf Hypothese H10 feststellen, dass es entgegen der Erwartung zu Veränderungen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit in der Stichprobe kam. Es schien so zu sein, als dass die Arbeit in einer gemeinwesenintegrierten Wohnform zwar zufriedener machte als zuvor, insgesamt betrachtet aber nicht zufriedener machte, als von Professionellen anderer Wohngruppen angegeben wurde. Dies wiederum kann als eine Bestätigung des Zufriedenheits-Paradoxes angesehen werden. Somit wären Selektionseffekte einerseits, aber auch – unter Rückgriff auf die theoretische Postulierung – unterschiedliche Formen von Arbeits(un-)zufriedenheit weitergehend zu diskutieren. Darüber hinaus lehnten tendenziell zunehmend die Professionellen der Treatmentgruppen die Aussage ab, Ansprüche an die Arbeitsstelle gestellt haben zu können. Zumindest glaubten sie nicht, dass sich ihre Ansprüche im Laufe der Zeit reduziert hatten. Bezüglich beider Aussagen erwiesen sich die Professionellen der Kontrollgruppe K1 am klarsten.

8.2.5. Ziele und Werte in der Arbeit der Menschen, die in der Institution arbeiten

Für die Analyse der Ziele und Werte in der Stichprobe der Professionellen sowie ihrer Veränderungen über die zwei Erhebungszeitpunkte wurde ein eher qualitativer Forschungsansatz gewählt.

Dazu wurde eine Inhaltsanalyse der schriftlich vorliegenden Ziele (vgl. Anhang B) vorgenommen. Diese beschränkte sich auf die jeweils drei wichtigsten Ziele, für die zusätzlich quantitative Daten erhoben wurden: a) die Wahrscheinlichkeit, diese Ziele zu erreichen, b) die Entschlossenheit hierzu und schließlich c) die Gelegenheit, diesen Ziele nachzugehen. Die Analyse der quantitativen Antworten erfolgte deskriptiv.

Für die Inhaltsanalyse der Ziele wurde ein reduktionistischer Ansatz gewählt, der sich am ehesten an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) orientiert, ohne dessen Tiefe und Komplexität zu erreichen. „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (S. 58).

Die Reduktionsschritte in der vorliegenden Analyse erfolgten auf mehreren Ebenen. Zunächst bestand die Reduktion allein darin, den Fokus der Befragung auf die Ziele in der Arbeit zu legen, womit übergeordnete Ziele und Werte im Leben möglicherweise ausgeschlossen wurden. Dann be-

stand die Reduktion durch die Vorgabe eines Fragebogens, der für die schriftliche Beantwortung zu den einzelnen Zielen nur begrenzten Platz bot. Schließlich erfolgte eine Reduktion durch die Auswahl von den drei wichtigsten Zielen einer Person.

Eine Person aus der Treatmentgruppe T2 hatte diesen Fragebogen nicht zu beiden Erhebungszeitpunkten ausgefüllt, so dass nur 12 Personen in der Stichprobe berücksichtigt werden konnten. Eine weitere Person der Treatmentgruppe T2 beschrieb zum Erhebungszeitpunkt t1 nur zwei Ziele.

Nach intensiver Sichtung der Ziele wurde ein weiterer Reduktionsschritt vorgenommen, die Paraphrasierung der einzelnen Ziele und damit die Reduktion auf wesentliche Inhalte.

Schließlich wurden die so reduzierten Ziele anhand eines theoretisch vorgegebenen abstrakten Kategorienschemas analysiert und für die einzelnen Gruppen zugeordnet.

Entsprechend der theoretischen Ausführungen wurden die Ziele hinsichtlich ihres Hauptfokus unterschieden zwischen a) Zielen, die direkt auf die Menschen, die in der Institution leben, gerichtet waren und b) Zielen, die vorrangig die eigene Sicht, die Rolle und Erwartungen als Professionelle betrafen. Ausgeklammert wurde bei dieser Unterscheidung, dass Ziele, die primär auf die behinderten Menschen ausgerichtet waren, immer auch zu Veränderungen bei den Professionellen führen (und umgekehrt), so dass beide Foki grundsätzlich als nicht unabhängig anzusehen waren. Diese Unabhängigkeit drückte sich jedoch in den Formulierungen der Professionellen aus, die in aller Regel einen klaren Fokus ihrer jeweiligen Ziele benannten.

Zusätzlich wurden diese beiden Hauptfoki der Ziele dahingehend unterschieden, ob sie a) eher der Realisierung eines Sicherheitsaspekts dienten, oder b) eher der Realisierung eines Freiheitsaspektes. Zur grundsätzlichen Unterscheidung dieser Aspekte wird auf die Ausführungen in Kapitel 1 verwiesen.

Konkret bezogen sich Ziele, die der Realisierung von Sicherheitsaspekten dienten, beispielsweise auf Themen wie: Erfüllung von (Grund-) Bedürfnissen, Sicherstellung und Erhaltung von Gesundheit, Wohlbefinden und Zufriedenheit, den eigenen Platz finden. Ziele, die der Realisierung von Freiheitsaspekten dienten, bezogen sich demgegenüber auf Themen wie: Selbständigkeit, individuelle Freizeitgestaltung, Normalisierung, Mut und eigene Veränderungen.

Die Unterscheidung bot dabei einen gewissen Interpretationsspielraum, wie er bei einem qualitativen Forschungsansatz nie ausgeschlossen, aber reflektiert werden kann. Beispielsweise konnte „Fortbildung und Fachwissen“ einen Sicherheitsaspekt darstellen, wenn es z.B. über Heuristiken Handlungssicherheit schafft, je nach Formulierung, z.B. bei Betonung der eigenen Entwicklung und Veränderung, aber auch als Ausdruck eines Freiheitsaspekts angesehen werden.

Dieser Interpretationsspielraum reduzierte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse, so dass diese hier dazu dienten, die quantitativen Befunde zu illustrieren und den Bezug zwischen den theoretischen Ausführungen und den konkreten Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung herzustellen.

Für die Treatmentgruppe T1 ergab die Reduktion der Ziele und ihre Aufteilung entsprechend der Bedingungen 1. Hauptfokus behinderte Menschen vs. Professionelle sowie 2. Betonung von Freiheits- vs. Sicherheitsaspekten folgende Verteilung über die beiden Erhebungszeitpunkte.

Tabelle 12

Verteilung der paraphrasierten Ziele der Professionellen in der Treatmentgruppe T1

Fokus/Aspekt		Erhebungszeitpunkt	
		t1	t2
Menschen, die in der Institution leben	Freiheit	Freizeitangebote Selbständigkeit	Selbständigkeit Integration Eigenverantwortlichkeit Freizeitgestaltung Selbständigkeit
	Sicherheit	Akzeptieren und respektieren Ernst nehmen Wohlfühlen Wohlbefinden Entwicklungsstand erhalten Entwicklungsschritte planen	Erhaltung Fähigkeiten Erhaltung Gesundheit Bewältigung des Alltags Entwicklungsschritte planen
Menschen, die in der Institution arbeiten	Freiheit	Mit Mut eigene Gefühle ausdrücken	
	Sicherheit		

Insgesamt wurden deutlich mehr Ziele benannt, die sich vorrangig auf die behinderten Menschen bezogen. Dabei fiel auf, dass zum Erhebungszeitpunkt t2 mehr Ziele benannt wurden, die Freiheitsaspekte berührten, was in Zusammenhang mit dem beschrittenen Veränderungsprozess stehen könnte.

Für die Treatmentgruppe T2 konnten die Ziele wie folgt aufgeteilt werden.

Tabelle 13

Verteilung der paraphrasierten Ziele der Professionellen in der Treatmentgruppe T2

Fokus/Aspekt		Erhebungszeitpunkt	
		t1	t2
Menschen, die in der Institution leben	Freiheit		Individuelle Aufgaben finden
	Sicherheit	Bedürfnisse wahrnehmen Kuschecke gestalten	Zeit intensiver nutzen Bewohnerstrukturen verbessern
Menschen, die in der Institution arbeiten	Freiheit	Mehr Eigeninitiative Fachwissen erweitern	Offen sein für neue MA
	Sicherheit	Platz im Team finden	Viel Motivation und Geduld Teamrückmelderunden

Dabei fiel für Treatmentgruppe T2 auf, dass besonders eigene Sicherheitsaspekte der Professionellen als Ziele benannt wurden. Auch hier nahmen die Freiheitsaspekte in den Zielsetzungen für die behinderten Menschen leicht zu, während die Sicherheitsaspekte unverändert blieben.

Für die Kontrollgruppe K1 konnten folgende Ziele zugeordnet werden.

Tabelle 14

Verteilung der paraphrasierten Ziele der Professionellen in der Kontrollgruppe K1

Fokus/Aspekt	Erhebungszeitpunkt	
	t1	t2
Menschen, die in der Institution leben	Freiheit Normalisierung Selbständigkeit, -bestimmung Normalisierungsprinzip Selbständigkeit, -bestimmung Individuelle Freizeitgestaltung	Normales Leben führen
	Sicherheit Zufriedenheit Lebensqualität, Wohlbefinden Für Bewohner da sein Bewältigung des Alltags	Älterwerden begleiten Wohlfühlen
Menschen, die in der Institution arbeiten	Freiheit	Veränderungen unterstützen Politische Engpässe meistern Mich weiterbilden Wichtigkeit nach außen vertreten
	Sicherheit	Keine MA-Kürzung Fortbildungen

Hier erschien bedeutsam, dass es zum Erhebungszeitpunkt t2 zu einer deutlichen Veränderung des Zielfokus kam und deutlich mehr Ziele priorisiert wurden, die die eigene Sicht als Professionelle betrafen. Dabei spielten Sicherheits- wie auch Freiheitsaspekte eine wichtige Rolle. Zudem wurden erstmals auch Ziele negativ formuliert (z.B. „keine Kürzungen“).

In der Kontrollgruppe K2 zeigten sich folgende Zielesetzungen.

Tabelle 15

Verteilung der paraphrasierten Ziele der Professionellen in der Kontrollgruppe K2

Fokus/Aspekt	Erhebungszeitpunkt	
	t1	t2
Menschen, die in der Institution leben	Freiheit Lebensfreude vermitteln Interessen wecken Normalität Selbständigkeit Mehr auf Einzelnen eingehen Eigenständigkeit fördern	Selbständigkeit Normalität Dezentralisierung Mehr Kommunikation fördern Gute Kontakte aufbauen Freizeitgestaltung
	Sicherheit Bedürfnisse nicht vergessen Individuum annehmen, wie es ist Bedürfnisse herausfinden Eltern einbeziehen	Mehr Zeit Mehr Zeit Grundbedürfnisse sicherstellen Elternarbeit
Menschen, die in der Institution arbeiten	Freiheit Negative Einstellung abbauen Mehr Flexibilität	Für Veränderungen offen sein Positives Bild in Gesellschaft
	Sicherheit	

Hier war eine sehr ähnliche Verteilung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten festzustellen. Ein hoher Anteil an Zielen, die Freiheitsaspekte bei den behinderten Menschen fokussierten, blieb über die Zeit erhalten. Auffällig war, dass der neue Sicherheitsaspekt „mehr Zeit“ gleich zweimal (unabhängig voneinander) als Ziel formuliert wurde.

Zusammenfassend konnte für die Inhaltsanalyse der durch die Professionellen formulierten Ziele festgehalten werden, dass tendenziell a) in den Treatmentgruppen T1 und T2 mehr Ziele formuliert wurden, die Freiheitsaspekte bei den behinderten Menschen fokussierten, b) in der Treatmentgruppe T2 zudem mehr Ziele formuliert wurden, die Sicherheitsaspekte bei den Professionellen fokussierten, c) in der Kontrollgruppe K1 zum Erhebungszeitpunkt t2 eine deutliche Veränderung des Fokus der priorisierten Ziele weg von den behinderten Menschen hin zu der eigenen Sicht als Professionelle stattgefunden hatte und schließlich d) in der Kontrollgruppe K2 die geringsten Veränderungen festzustellen waren.

Bezüglich der Analyse der quantitativen Aspekte der Ziele ergaben sich folgende Ergebnisse, die deskriptiv analysiert wurden.

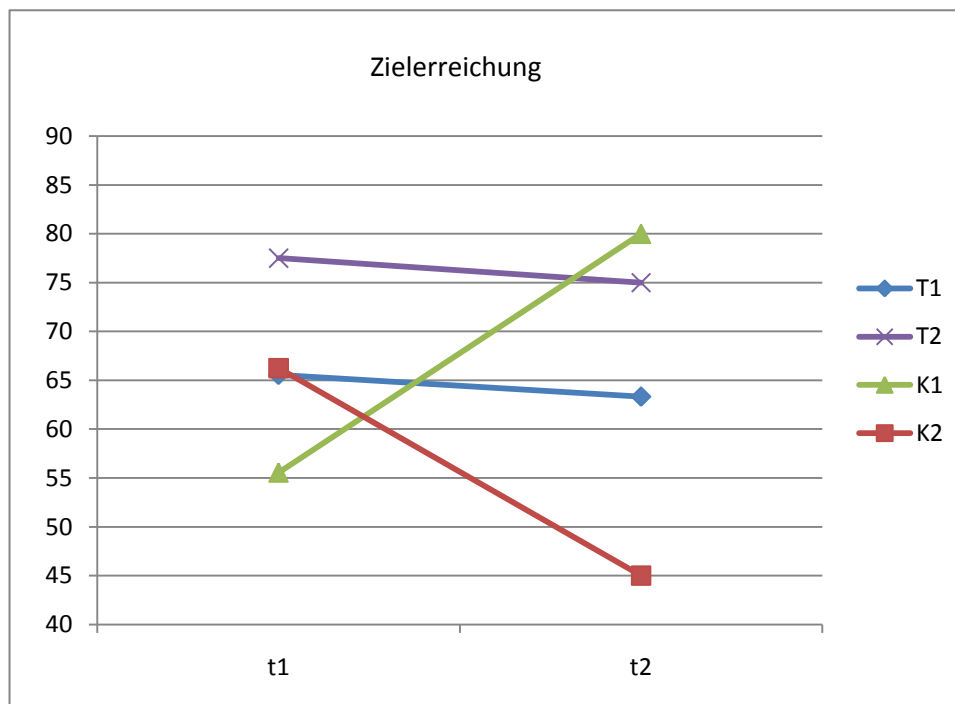


Abbildung 36. Veränderungen bei der Zielerreichung der priorisierten Ziele der Professionellen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

In den beiden Treatmentgruppen T1 und T2 nahm die Einschätzung einer möglichen Zielerreichung leicht ab, wobei zu berücksichtigen war, dass auch mehr Ziele mit Freiheitsaspekten benannt wurden, die möglicherweise schwieriger zu realisieren waren. In der Kontrollgruppe K1 kam es zu einer deutlichen Steigerung der wahrgenommenen Zielerreichung, was auch daran liegen konnte, dass zum zweiten Erhebungszeitpunkt Ziele mit dem Fokus der eigenen Sicht als Professionelle stärker im Mittelpunkt standen, die als wahrscheinlicher hinsichtlich der Zielerreichung eingeschätzt wurden. In der Kontrollgruppe K2 nahm die wahrgenommene Zielerreichung deutlich ab, obwohl es

nur geringe inhaltliche Veränderungen der Zielfoki und -aspekte gab. Möglicherweise führte allein die Externalisierung der Zielsetzung „mehr Zeit“, die vermutlich weniger mit eigenen Mitteln zu realisieren gewesen ist, zu dieser Abnahme an möglicher Zielerreichung (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen Anhang B).

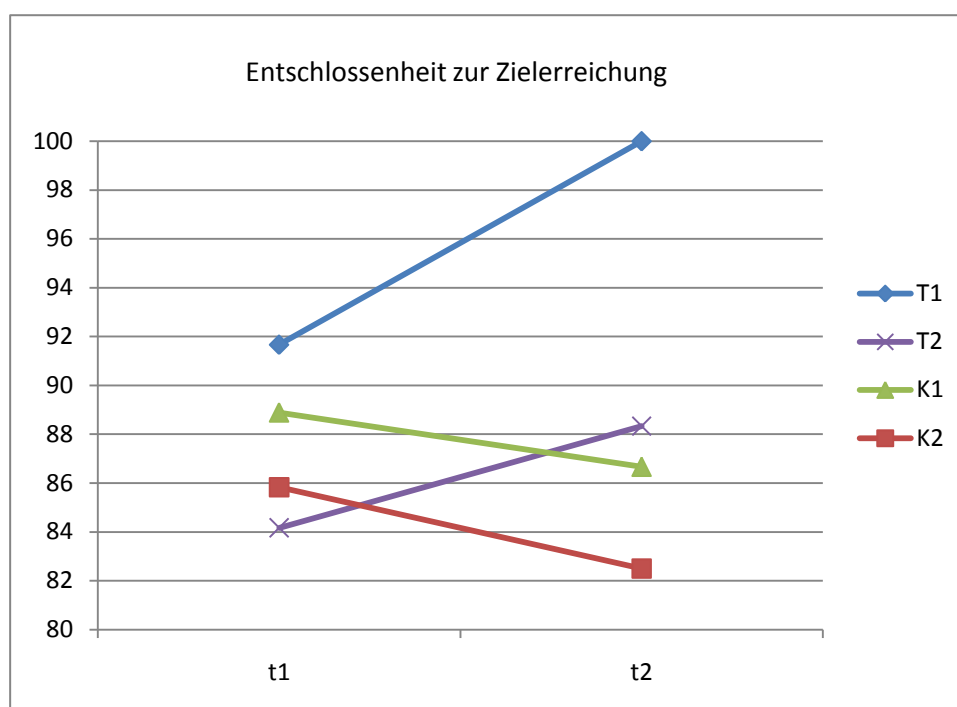


Abbildung 37. Veränderungen bei der Entschlossenheit zur Zielerreichung der priorisierten Ziele der Professionellen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Bezüglich ihrer Entschlossenheit, mit der die benannten Ziele verfolgt werden, gaben die Professionellen der Treatmentgruppen T1 und T2 eine Steigerung zum Erhebungszeitpunkt t2 an, im Falle der Treatmentgruppe T1 gaben sogar alle Professionelle dieser Gruppe an, zu 100 % entschlossen zu sein, die genannten Ziele zu erreichen. In den Kontrollgruppen K1 und K2 war eine leichte Abnahme der Entschlossenheit zum Erhebungszeitpunkt t2 zu verzeichnen (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen Anhang B).

Die Professionellen der Treatmentgruppen sowie der Kontrollgruppe K1 gaben zum 2. Erhebungszeitpunkt an, mehr Gelegenheit zur Zielerreichung zu haben (vgl. nachfolgende Abbildung 38). Dabei war erneut der veränderte Fokus in der Kontrollgruppe K1 zu berücksichtigen. Bezüglich der Treatmentgruppen schien es durch den Veränderungsprozess dazu gekommen zu sein, dass es mehr Gelegenheiten gab, die benannten Ziele zu erreichen. Lediglich in Kontrollgruppe K2 war eine Reduzierung der Gelegenheiten zur Zielerreichung zu verzeichnen, wobei hier ja auch explizit das Ziel „mehr Zeit“ benannt wurde (vgl. zu den einzelnen Mittelwerten und Standardabweichungen Anhang B).

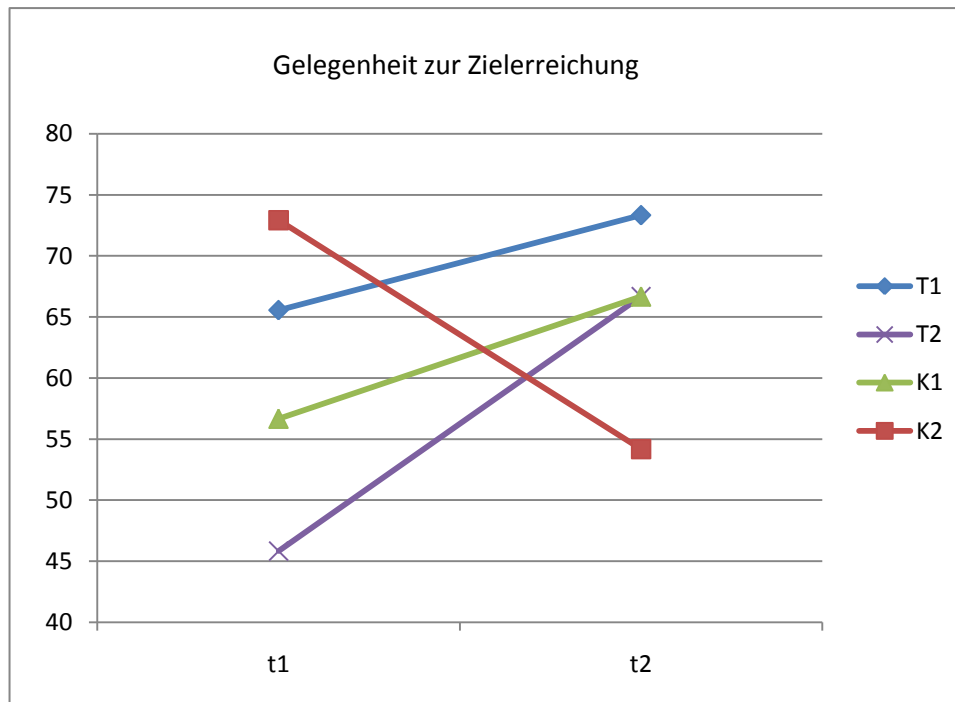


Abbildung 38. Veränderungen bei den Gelegenheiten zur Zielerreichung der priorisierten Ziele der Professionellen

Anmerkung. T1 – Treatmentgruppe 1; T2 – Treatmentgruppe 2; K1 – Kontrollgruppe 1; K2 – Kontrollgruppe 2; t1 – Erhebungszeitpunkt 1; t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Zusammenfassend nahm die wahrgenommene Zielerreichung in den Treatmentgruppen leicht ab, in der Kontrollgruppe K2 sogar deutlich. Lediglich in der Kontrollgruppe K1 stieg die wahrgenommene Zielerreichung, wobei es hier auch zu einer deutlichen Veränderung des Zielfokus kam. Die durchschnittliche Entschlossenheit zur Zielerreichung stieg in den Treatmentgruppen, in den beiden Kontrollgruppen sank sie leicht. Mehr Gelegenheit zur Zielerreichung zu haben, berichteten die Professionellen der Treatmentgruppen, besonders in T2, aber auch in der Kontrollgruppe K1. In der Kontrollgruppe K2 nahmen die wahrgenommenen Gelegenheiten zur Zielerreichung ab.

8.3. Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

8.3.1. Für die Stichprobe aus der Zielgruppe Menschen, die in einer Institution leben

Hypothese H1: Zusammenfassend kann Hypothese H1 – nach der eine Zunahme an somatischen Beschwerden besonders in der Treatmentgruppe T2 zu erwarten war – als zumindest teilweise und tendenziell bestätigt angesehen werden. Selbst wenn der Effekt nur auf einzelne Personen zurückgeführt werden konnte, hatte die Gefahr für epileptische Anfälle in der Treatmentgruppe T2 deutlich zugenommen, in geringem Maße auch in der Treatmentgruppe T1. Die weiteren erfassten Gesundheitsbereiche zeigten ein uneinheitliches und schwer zu interpretierendes Bild. Bezüglich der Hausarztbesuche war ein Rückgang in der Treatmentgruppe T2 zu verzeichnen, es musste je-

doch offen bleiben, ob dieser auf einen Rückgang an Erkrankungen in der Gruppe oder auf eine verschlechterte gesundheitliche Versorgung zurück zu führen war.

Dieses Ergebnis ist insofern bedeutsam, als dass damit Berichte über eine Verschlechterung in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen, die aus einer Institution ausgezogen sind, zumindest nicht widerlegt werden konnten (vgl. Kapitel 5). Dieses Ergebnis verlangt für entsprechende Veränderungsprojekte, die sich am Programm des Deinstitutionalisierens orientieren wollen, medizinische Belange nicht aus dem Blick zu verlieren. Dies gilt besonders für Epilepsie. Dabei scheint es so zu sein, dass generell Veränderungen im Lebensumfeld – sowohl in struktureller wie auch in persönlicher Hinsicht – ein kritisches Lebensereignis darstellen, mit dem ein erhöhtes Risiko für die Zunahme an epileptischen Anfällen einher geht, zumindest in der Stichprobe und damit bei Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf. Ob dieser Befund auch bei Menschen mit eher leichter geistiger Behinderung, die möglicherweise über mehr interne Ressourcen verfügen, in gleicher Weise zutrifft, muss hier offen bleiben. Dieser Gefahr gilt es durch entsprechende Vorbereitung zu begegnen: sorgfältige Schulung der begleitenden Professionellen, um mit der Gefahr epileptischer Anfällen adäquat umgehen zu können, sorgfältige Beobachtung und Dokumentation, rechtzeitige Vernetzung mit entsprechenden niedergelassenen Fachärzten, Information über die mögliche Nebenwirkung gegenüber allen Beteiligten. Ein weiterer bemerkenswerter Befund liegt in der Abnahme an Arztkontakten wegen Krankheit in der Treatmentgruppe T2, den Personen, die ins Umland gezogen waren. Es scheint aufgrund der Bemerkungen der Professionellen so zu sein, dass tatsächlich die Krankheiten abnahmen. Zudem stiegen die berichteten Verdauungsbeschwerden, Hauterkrankungen und Ablagerungen von Ohrensekret in keiner der Treatmentgruppen, allerdings überwiegend auch nicht in den Kontrollgruppen. Insgesamt ist im medizinischen Bereich eine besondere Sorgfalt zu wahren, damit Krankheiten rechtzeitig erkannt werden und nicht der erhöhte Aufwand in der gemeindeintegrierten Wohngruppe, medizinische Hilfen zu organisieren (gegenüber dem relativ einfach verfügbaren Arzt und medizinischen Dienst innerhalb der Institution), dazu führt, diese Dienste weniger in Anspruch zu nehmen.

Hypothese 2: Es bestand bei ausreichender Reliabilität der Daten ein deutlicher Trend zur Bestätigung der Hypothese H2 und damit der vermuteten Zunahme des Aktivitätsindex in den Treatmentgruppen, der bei der differenzierten Betrachtung der Zufriedenheit mit den vorgegebenen Aktivitäten als Faktor des Aktivitätsindex sogar statistisch signifikant ausfiel. Mit hoher Wahrscheinlichkeit lässt sich dieser Befund damit über die vorliegende Untersuchung hinaus generalisieren.

Dieser Befund ist eine auf guter wissenschaftlicher Basis abgesicherte Widerlegung entsprechender skeptischer Vermutungen (vgl. Dalferth, 2000, S. 53), nach der ein Wechsel in offenere Wohnformen nicht zwangsläufig eine aktivere Freizeitgestaltung ermöglicht. Die Variabilität und Häufigkeit der durchgeführten Aktivitäten stiegen dabei besonders in der Treatmentgruppe T2 mit den Menschen, die ins Umland gezogen waren. Dieser Befund alleine sagt noch nichts über Teilhabe aus, ist aber Ausdruck eines Trends in diese Richtung. Noch deutlicher wird dies bei der durch die Professionellen wahrgenommenen Zufriedenheit der behinderten Menschen mit den Aktivitäten. In Verbindung mit den mündlichen Berichten der Professionellen in den Treatmentgruppen kann festgehalten werden, dass die Veränderungen, die mit dem Deinstitutionalisieren einher gehen, dazu führen, die Menschen mit geistiger Behinderung individueller wahrzunehmen und ihnen mehr (quantitativ und qualitativ) Angebote für Aktivitäten zu unterbreiten bzw. diese zu ermöglichen. Insofern ist

eine höhere Zufriedenheit – den möglichen Effekt einer selbsterfüllenden Prophezeiung der Professionellen bei ausreichend guter Inter-Rater-Reliabilität des Instruments mal außer Acht gelassen – völlig in Übereinstimmung mit den berichteten theoretischen Befunden zur Lebensqualität (vgl. Kapitel 2).

Hypothese 3: Es bestand bei sehr guter Reliabilität der Daten ein Trend zur Bestätigung der Hypothese H3 und damit der vermuteten Zunahme der durch die Professionellen erfassten Stärken und positiven Botschaften in den Treatmentgruppen, der jedoch nicht statistisch signifikant war. Neben einer erwarteten Steigerung der wahrgenommenen Stärken und positiven Botschaften in den Treatmentgruppen T1 und T2 stiegen diese auch in der Kontrollgruppe K1 an, lediglich in der Kontrollgruppe K2 sanken sie auf hohem Niveau. Ohne weitere Überprüfung lässt sich dieser Befund daher über die vorliegende Untersuchung hinaus nicht generalisieren.

Dieser Befund ergänzt die Ergebnisse zur Steigerung der Aktivitäten (Hypothese 2). Mit dem Instrument wird besonders die Wahrnehmung der Professionelle auf die ihnen anvertrauten Menschen hinsichtlich ihrer Ressourcen fokussiert. Ob tatsächlich die Stärken der Menschen sich veränderten, kann mit diesem Instrument gar nicht erfasst werden, aber die Wahrnehmung der Professionellen veränderte sich positiv. Allein schon die Reduzierung der anvertrauten Personen im vorliegenden Projekt von durchschnittlich neun auf sechs Personen führt dazu, mehr Wahrnehmungsraum dem einzelnen Menschen zur Verfügung stellen zu können, der – so kann der Befund interpretiert werden – mit einer genaueren und ressourcenorientierteren Sicht gefüllt wird. Es muss bei der Erhebung mit diesem Instrument offen bleiben, welche Folgen dieser veränderte Blick der Professionellen auf die behinderten Menschen hat. Es scheint dabei einen Zusammenhang zur Nutzung von Aktivitäten und der Zufriedenheit zu geben, ohne dass eine kausale Richtung angegeben werden könnte.

Hypothese 4: Bei sehr guter Reliabilität der Daten zu den Kompetenzen konnte die Hypothese H4 nur teilweise und lediglich tendenziell bestätigt werden. Überwiegend musste sie verworfen werden. Die erwartete Reihenfolge der Steigerung – beginnend mit den praktischen Kompetenzen – konnte nicht bestätigt werden. In der untersuchten Stichprobe fand sich die höchste beschriebene Steigerung, die einer Verdoppelung der Ausgangswerte darstellte, bei den kognitiven Kompetenzen und dies in der Kontrollgruppe K1. Dennoch zeigte sich erwartungsgemäß auch eine Steigerung der Kompetenzen in der Treatmentgruppe T2, die unerwartet die kognitiven Kompetenzen einschloss. In der Treatmentgruppe T1 waren die Veränderungen in den Kompetenzbereichen uneinheitlich und entgegen der Erwartung. In der Kontrollgruppe K2 kam es entgegen der Erwartung zu einer Reduzierung der sozialen und kognitiven Kompetenz und einer Steigerung der sozialen Kompetenz. Dieses uneinheitliche Bild erfordert eine weitergehende Diskussion und Überprüfung der Daten, gerade in einem Bereich der Evaluationsindikatoren, der als relativ gut erforscht anzusehen war.

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung zu der Entwicklung in unterschiedlichen Kompetenzbereichen überraschen, zumal gerade mit dem HKI ein altes und bewährtes Instrument eingesetzt wurde, das zudem seine sehr gute Reliabilität auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigen konnte. Da dennoch eine Steigerung der Kompetenzen der Menschen in der Kontrollgruppe K1 im berichteten Umfang für eher unwahrscheinlich gehalten wird, müssen andere Erklärungen herangezogen werden. So könnte es sein, dass ein Effekt der sozialen Erwünschtheit vorliegt, d.h. die Kompetenzen der behinderten Menschen wurden durch die Professionellen in der 2. Erhebung

deutlich besser dargestellt, um dadurch zum Ausdruck zu bringen, dass auch sie – ohne eine Beteiligung am Programm des Deinstitutionalisierens – eine Arbeit geleistet haben, die zu Kompetenzzuwächsen bei den ihnen anvertrauten Menschen führte. Diese Erklärung müsste dann jedoch auch für die anderen Ergebnisindikatoren gelten, wo ein vergleichbarer Effekt jedoch nicht in diesem Maße anzutreffen war. Es könnte zudem sein, dass bezüglich der Kompetenzen und ihrer hohen Reliabilität mit dem Ankreuzen der Fragen im HKI möglicherweise etwas anderes erfasst wurde, als tatsächliche die entsprechenden Kompetenzen (Validität). Hierbei muss berücksichtigt werden, dass das HKI seltener Anwendung findet bei Menschen mit hohem Hilfebedarf, die in einer Institution leben. Leider lässt sich diese unklare Befundlage rückblickend nicht mehr auflösen. Es kann in der weiteren Erforschung des Untersuchungsgegenstandes jedoch sinnvoll sein, noch mehr in die Schulung der Rater zu investieren bzw. andere Möglichkeiten der Kompetenzerfassung zu wählen, die sich mehr am zu beobachtendem Verhalten orientieren (z.B. PAC, Günzburg, 1988). Neben dem unerwartetem Anstieg der Kompetenzen in der Kontrollgruppe K1 bleibt festzuhalten, dass es entgegen der Erwartung besonders die sozialen Kompetenzen waren, die in allen Untersuchungsgruppen gestiegen waren. Für den theoretisch anzunehmenden Fall, dass die Professionellen mit dem HKI weniger die tatsächlichen Kompetenzen erfasst haben als die erwünschten, könnte dieser Befund dahingehend gewertet werden, dass durch die mit dem Deinstitutionalisieren einhergehenden Veränderungen stärker im sozialen Bereich bedeutsam sind als im kognitiven oder lebenspraktischen Bereich. Falls dem so wäre, könnte daraus geschlossen werden, dass entsprechende Begleitmaßnahmen besonders den Bereich der sozialen Kompetenzen fokussieren sollten. Neben einem veränderten Blick der Professionellen (vgl. Hypothese 2 und 3) könnte dies dann in geeigneten pädagogischen Ansätzen Berücksichtigung finden.

Hypothese 5: Zusammenfassend ließ sich bei eher zweifelhafter Genauigkeit des Instruments, was auch mit der grundsätzlichen Schwierigkeit bei der Erfassung von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung begründet werden konnte, die Hypothese H5 nur in Ansätzen und tendenziell bestätigen. So wurden tatsächlich und erwartungsgemäß in der Treatmentgruppe T2 zum Erhebungszeitpunkt t2 mehr Personen identifiziert mit Hinweisen auf psychische Störungen. Dieser Trend fand sich mit Ausnahme der psychotischen Störungen nicht erwartungsgemäß auch in den Kontrollgruppen K1 und K2. In der Treatmentgruppe T1 war ebenfalls nicht erwartungsgemäß tendenziell eine Reduzierung von Personen mit Hinweisen auf psychische Erkrankungen festzustellen.

Der Befund zu Veränderungen bei den psychischen Störungen der Menschen mit geistiger Behinderung hat die Erwartungen dahingehend bestätigt, dass dieser Ergebnisindikator sehr schwer zu fassen ist. Eine erste deutsche Übersetzung der britischen PAS-ADD-Checkliste hat möglicherweise die unrealistische Hoffnung geweckt, über ein sinnvolles Screeninginstrument zu verfügen. Das Fazit der Befunde in der vorliegenden Untersuchung besteht darin, dass es bis auf weiteres zu einem individuellen Assessment psychischer Auffälligkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung keine Alternative zu geben scheint. Somit wäre für Folgeuntersuchungen erforderlich, zur Erfassung dieses Ergebnisbereichs Einzelfalluntersuchung vorzunehmen, die stärker die intraindividuellen (mehr oder weniger funktionalen psychischen Anpassungs-) Prozesse in der Veränderung berücksichtigen.

Hypothese 6: Zusammenfassend stellten die Ergebnisse zur allgemeinen Zufriedenheit einen Befund dar, der zunächst der Hypothese H6 entgegen steht, der mit dem Zufriedenheits-Paradox

begründeten und erwarteten Konstanz der allgemeinen Zufriedenheit. Insofern kann mit dieser Untersuchung, wenn auch statistisch nicht signifikant, festgehalten werden, dass Deinstitutionalisieren zu einer Zunahme an allgemeiner Zufriedenheit der direkt Beteiligten führte. Dieser Befund galt für beide untersuchten Ausrichtungen des Programms Deinstitutionalisieren, für die Menschen, die ins Umland gezogen sind, wie auch für die Menschen, die in der Institution geblieben sind, dort aber eine verbesserte Wohnsituation erfuhren. In den Kontrollgruppen nahm die allgemeine Zufriedenheit demgegenüber ab.

Wie schon bei den anderen Ergebnisindikatoren ist zu berücksichtigen, dass ein Effekt der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden kann. Demnach bestand bei allen Beteiligten eine (vereinfacht theoretisch begründete) Erwartung, dass dieses Programm zu mehr Zufriedenheit führen müsste, so dass die Beantwortung entsprechend ausgefallen sein könnte. Die allgemeine Zufriedenheit war auch der Indikator, der möglicherweise am ungenauesten ist, so dass er die Möglichkeit bot, weniger die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben zu beschreiben als vielmehr die Zufriedenheit mit den Lebensumständen und damit eine Bewertung des Programms Deinstitutionalisieren vorzunehmen, was entsprechend positiv ausgefallen war. Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse einen weiteren Trend: Die Kluft zwischen den Gruppen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit nimmt zu. Während zur ersten Erhebung die durchschnittlichen Werte zur allgemeinen Zufriedenheit zwischen den einzelnen Treatment- und Kontrollgruppen noch um 0,3 variierten, nahm dieser Wert in der zweiten Erhebung auf über 0,5 zu. Damit wird eine Kehrseite von Veränderungsprojekten sichtbar: Sie verstärkt möglicherweise schon vorhandene Effekte einer institutionsinternen Differenzierung in Gewinner und Verlierer, in diesem Fall in Zufriedene und Unzufriedene. Dieser Effekt spiegelt ähnliche gesellschaftliche Prozesse wieder und sollte bei entsprechenden Veränderungsprojekten reflektiert werden. Insgesamt bleibt aber zur allgemeinen Zufriedenheit festzuhalten, dass diese ein relativ ungenauer Outcome ist (vgl. Kapitel 2 und 3), so dass – wie schon bei den psychischen Auffälligkeiten – eine mehr individuelle Analyse der Prozesse, die zu unterschiedlichen Formen von Zufriedenheit führen können, sinnvoll erscheint.

8.3.2. Für die Stichprobe aus der Zielgruppe Menschen, die in einer Institution arbeiten

Alle Befunde für diese Stichprobe leiden unter ihrer geringen Größe, d.h. dass keine Signifikanzen errechnet werden konnten und damit eine Verallgemeinerung der Befunde über die vorliegende Untersuchung hinaus zunächst nicht möglich ist. Dennoch können die teilweise bedeutsamen Befunde exemplarisch dazu dienen, bestimmte Aspekte bei der Durchführung entsprechender Veränderungsprojekte besser zu fokussieren.

Hypothese H7: Zusammenfassend fanden sich nur zu Teilen Hinweise auf eine Bestätigung des in Hypothese H7 formulierten Trends zur Steigerung von subjektiv wahrgenommenen Aspekten einer persönlichkeitsförderlichen Arbeit in den Treatmentgruppen. Zwar stieg bei den Professionellen der Treatmentgruppe T2 die Zustimmung zu Merkmalen der Arbeit, erfasst mit der SAA, erwartungsgemäß von Erhebungszeitpunkt t1 zu t2 deutlich, dennoch wurden die höchsten absoluten Werte in der Treatmentgruppe T1 und der Kontrollgruppe K1 erreicht. In der Treatmentgruppe T1 veränderten sich entgegen der Erwartung die Werte an Zustimmung zwischen den Erhebungszeitpunk-

ten kaum. Dafür stiegen entgegen der Erwartung diese in der Kontrollgruppe K1, während sie in der Kontrollgruppe K2 in ähnlichem Maße sanken. Ohne weitere Überprüfung lassen sich daher die Ergebnisse zur subjektiven Bewertung von Merkmalen der Arbeit nicht über die vorliegende Untersuchung hinaus verallgemeinern.

Dieser unklare Befund mag darin begründet sein, dass – wie weiter unten noch zu zeigen sein wird – besonders in der Treatmentgruppe T2, den Menschen, die ins Umland gezogen sind, Selektionseffekte wirksam gewesen sein könnten. In diesem Fall waren es gerade die Professionellen, die einer möglichen persönlichkeitsförderlichen Sicht auf ihre Arbeitsbedingungen zum ersten Erhebungszeitpunkt vor Auszug am wenigsten zustimmen wollten, die sich dann freiwillig zur Teilnahme am Veränderungsprojekt bereit erklärt hatten. Dementsprechend nahm ihre Zustimmung dann für die subjektive Analyse der Arbeitsbedingungen in der gemeinwesenintegrierten Wohnform zu, besonders in den Bereichen Handlungsspielraum, Transparenz, Qualifikation und soziale Struktur. Insgesamt erreichte ihre Zustimmung aber nicht die positive Einschätzung der Kollegen, die am Hauptstandort der Institution geblieben waren. Nun können diese Befunde auch dahingehend interpretiert werden, dass die SAA ein breites Spektrum von Arbeitsinhalten berücksichtigt. Dadurch zeigte sich das Instrument wenig änderungssensitiv für den Zweck dieser Untersuchung, der Evaluation über einen Zeitraumraum von einem Jahr, und entsprechend gering fielen teilweise die berichteten Veränderungen aus. Wie bereits für die Menschen, die in der Institution leben, vorgestellt wurde, mag es für ein verbessertes Verständnis der intraindividuellen Prozesse dann sinnvoller erscheinen, diese durch die genaue Befragung einzelner Personen zu fokussieren. Dabei müssen jedoch datenschutzrechtliche Aspekte berücksichtigt werden, da in kleinen Stichproben eine Anonymisierung nicht immer zu gewährleisten ist, so dass die Antworten verfälscht sein könnten.

Hypothese H8: Zusammenfassend bestand in gewissem Rahmen eine Tendenz zur Beantwortung der Fragen zum Teamklima im Sinne der sozialen Erwünschtheit. Darüber hinaus fanden sich in allen Dimensionen Hinweise auf eine Bestätigung des in Hypothese H8 angenommenen Trends. Die Professionellen in den Treatmentgruppen steigerten ihre Vision, ihre Aufgabenorientierung, ihre Partizipative Sicherheit und ihre Unterstützung für Innovation. Besonders in der Treatmentgruppe T2 fiel die Steigerung sehr deutlich aus. Entgegen der Erwartung sanken im gleichen Maße die Werte in der Kontrollgruppe K2, während in der Kontrollgruppe K1 ebenfalls eine tendenzielle Steigerung der Werte zu verzeichnen war. Die Daten lassen sich ohne weitere Überprüfung nicht über die vorliegende Untersuchung hinaus generalisieren.

Diese Befunde sind jedoch bedeutsam und bestätigen die Annahme, dass das Programm des Deinstitutionalisierens nicht nur Auswirkungen auf die Menschen hat, die in Institutionen leben, sondern auch die Menschen verändert, die dort arbeiten. Insbesondere die Professionellen in den Treatmentgruppen haben in direktem Zusammenhang mit dem Projekt ihre Ziele und Werte, ihre Reflexionsmöglichkeiten, ihr gegenseitige Unterstützung und die Unterstützung für Innovationen erweitern können. In diesem Zusammenhang muss aber auch daran erinnert werden, dass die Werte für genau diese Aspekte zumindest bei den Professionellen in der Treatmentgruppe T2, den Menschen, die ins Umland gezogen sind, zur ersten Erhebung eher unterdurchschnittlich niedrig waren. Es scheint also so zu sein, dass es besonders die mit verschiedenen Aspekten des Arbeitslebens unzufriedenen Professionellen zu sein scheinen, die sich – und das muss an dieser Stelle nochmals betont werden – freiwillig auf das Veränderungsprojekt eingelassen haben. Sie profitierten innerhalb des Erhebungszeitraums am deutlichsten und konnten sich stärker in ihre Arbeit entsprechend

der beschriebenen Aspekte einbringen. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass die Werte bei den Professionellen der Kontrollgruppe K1 zumindest leicht gestiegen waren, während sie in allen Aspekten bei denen der Kontrollgruppe K2 sanken. Die, die indirekt die Veränderungen um das Programm Deinstitutionalisieren mitbekommen haben, ohne selber daran teilhaben zu können, vielleicht sogar Einschränkungen hinnehmen mussten, weil sie verstärkt Unruhe erlebt haben und weniger Aufmerksamkeit durch die Leitungskraft erfuhren, haben möglicherweise dadurch einen größeren Konflikt mit ihrer herkömmlichen Rolle und damit der bisherigen Visionen etc. erlebt bzw. diese weit stärker in Frage gestellt, als dies beispielsweise die Kolleginnen der Kontrollgruppe K1 tun mussten, für die sich – formal und inhaltlich – nichts änderte. Dieser Befund unterstreicht damit die bereits berichteten Erkenntnisse, wie wichtig es sein kann, in Veränderungsprozessen die Teamentwicklung – nicht nur der direkt beteiligten Teams – gezielt zu fokussieren und durch geeignete Maßnahmen zu unterstützen, um eine Kultur der Zurückgebliebenen zu reflektieren.

Hypothese H9: Die deskriptive Analyse lieferte Hinweise zur Bestätigung der Hypothese H9, nach der es in den Treatmentgruppen zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeit bzw. Abnahme an wahrgenommener Fremdbestimmung kommen sollte, ohne dass der Effekt statistisch signifikant war. Es kam erwartungsgemäß in den Treatmentgruppen T1 und T2 zu einer teilweise deutlichen Erhöhung der durchschnittlichen Werte der Skala ‚Internalität vs. Externalität‘, d.h. die Professionellen erlebten eine höhere Selbstwirksamkeit bzw. eine geringere Externalität. Zum Erhebungszeitpunkt t2 stellten sie die absolut betrachtet höchsten Werte in der Stichprobe. In den Kontrollgruppen K1 und K2 nahmen die Werte tendenziell ab, vor allen Dingen in der Kontrollgruppe K1 fiel die Abnahme deutlich aus, da sie zum Erhebungszeitpunkt t1 noch die höchsten Werte hatte.

Auch dieser Befund ist – vergleichbar dem Teamklima – sehr bedeutsam. Er unterstreicht die theoretisch vermutete Zunahme an Selbstwirksamkeit der Professionellen im Prozess des Deinstitutionalisierens. Dies gilt für beide untersuchten Zielrichtungen, der Arbeit in einer gemeinwesenintegrierten Wohnung aber auch der Veränderung der Wohn- und Arbeitssituation innerhalb der Institution. Besonders die Professionellen in der Treatmentgruppe T2 konnten ihre Selbstwirksamkeit steigern bzw. einen Rückgang der erlebten Externalität beschreiben – sie waren aber auch die, die noch in der ersten Erhebung die niedrigsten Werte hatten. Also ist auch hier davon auszugehen, dass sich besonders die Professionellen zur Teilnahme am Programm des Deinstitutionalisierens entschlossen hatten, die in besonders hohem Maße eine Externalität in ihrem beruflichen Umfeld erlebten. Damit kann festgehalten werden, dass der Aspekt der Fremdbestimmung auch für die Professionellen in einer deinstitutionalisierten Wohnform abzunehmen scheint. Ob dies nun einen parallelen Prozess gegenüber den anvertrauten behinderten Menschen begünstigt, bleibt zu hoffen und zu vermuten, konnte in dieser Untersuchung jedoch nicht eindeutig festgestellt werden.

Hypothese H10: Zusammenfassend ließ sich in Bezug auf Hypothese H10 feststellen, dass es entgegen der Erwartung zu Veränderungen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit in der Stichprobe kam. Es schien so zu sein, dass die Arbeit in einer gemeinwesenintegrierten Wohnform zwar zufriedener machte als zuvor, insgesamt betrachtet aber nicht zufriedener machte, als Professionelle anderer Wohngruppen angaben. Darüber hinaus lehnten tendenziell zunehmend die Professionellen der Treatmentgruppen die Aussage ab, Ansprüche an die Arbeitsstelle stellen zu können. Zu-

mindest glaubten sie nicht, dass sich ihre Ansprüche im Laufe der Zeit reduziert hatten. Bezüglich beider Aussagen erwiesen sich die Professionellen der Kontrollgruppe K1 am klarsten.

Bei aller Vorsicht gegenüber dem Indikator allgemeine Arbeitszufriedenheit, die bereits ausführlich in Kapitel 3 und bei der allgemeinen Zufriedenheit der behinderten Menschen diskutiert wurde, ist als bedeutsamer Befund dieser Untersuchung festzustellen, dass es die durchschnittlich unzufriedensten Professionellen waren, die sich freiwillig auf den Auszug aus der Institution eingelassen haben. Es waren aber auch die durchschnittlich zufriedensten Professionellen, die in der Wohngruppe mit der Veränderung der Wohn- und Arbeitssituation innerhalb der Institution, verblieben sind. Während erste zufriedener wurden, nahm die Zufriedenheit letzterer ab. Der erste Befund kann damit erklärt werden, dass die – bereits vorgestellte – Zunahme an Merkmalen des Teamklimas sowie der erhöhten Selbstwirksamkeit auch eine Erhöhung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit zur Folge hatten. Auf der anderen Seite kann die Abnahme der Zufriedenheit in der Treatmentgruppe T1 damit erklärt werden, dass die Zunahme an Flexibilität, z.B. durch die Selbstversorgung, auch zu einer Erhöhung der Regulationsanforderung geführt hatte, die nicht unbedingt zufriedener macht (vgl. Kapitel 3). Insgesamt bleibt festzustellen, dass in der zweiten Erhebung die durchschnittliche allgemeine Arbeitszufriedenheit – anders als in der Stichprobe der behinderten Menschen – in allen Gruppen näher zusammen gerückt ist. Dies könnte eine Bestätigung des Zufriedenheits-Paradox darstellen, denn es scheint so zu sein, dass alle Professionellen im Durchschnitt ähnlich zufrieden waren, egal ob sie in einer gemeinwesenintegrierten Wohngruppe arbeiteten oder in einer traditionellen Wohngruppe am Hauptstandort der Institution. Leider konnte die theoretische Postulierung unterschiedlicher Typen an (un-)zufriedenen Professionellen nicht angemessen durch das verwendete Instrument abgebildet werden. Dennoch kann der entsprechende Befund dahingehend interpretiert werden, dass es scheinbar die konstruktiv Unzufriedenen waren, die sich auf das Programm des Deinstitutionalisierens und die damit verbundene Veränderung eingelassen haben – und von ihr profitieren konnten. In der Kontrollgruppe K1 schien es hingegen eine relativ stabilisierte Zufriedenheit zu geben, die sich kaum veränderte zwischen den Erhebungszeitpunkten. Dort waren auch die Professionellen, die am klarsten formulierten, dass sie Ansprüche an die Arbeit hatten. Diesbezüglich waren sich die Professionellen der übrigen Gruppen unklar. Es waren auch die Professionellen der Kontrollgruppe K1, die am deutlichsten vertraten, dass sie ihre Ansprüche an die Arbeitsstelle erhöhen konnten. Auch hier waren die übrigen Professionellen eher unentschlossen, im Falle der Professionellen der Kontrollgruppe K2 zur zweiten Erhebung sogar ablehnend. Hier gilt möglicherweise erneut das bereits oben diskutierte Phänomen, dass die indirekte Beteiligung, ohne selbst mitwirken zu können, für die Professionellen der Kontrollgruppe K2 eher negative Auswirkungen hatte. Dies sollte in vergleichbaren Veränderungsprozessen berücksichtigt werden.

Inhaltsanalyse der Ziele: Zusammenfassend konnte für die Inhaltsanalyse der durch die Professionellen formulierten Ziele festgehalten werden, dass tendenziell a) in den Treatmentgruppen T1 und T2 mehr Ziele formuliert werden, die Freiheitsaspekte bei den behinderten Menschen fokussierten, b) in der Treatmentgruppe T2 zudem mehr Ziele formuliert wurden, die Sicherheitsaspekte bei den Professionellen fokussierten, c) in der Kontrollgruppe K1 zum Erhebungszeitpunkt t2 eine deutliche Veränderung des Fokus der priorisierten Ziele weg von den behinderten Menschen hin zu der eigenen Sicht als Professionelle stattgefunden hatte und schließlich d) in der Kontrollgruppe K2 die geringsten Veränderungen festzustellen waren. Zusammenfassend nahm die wahrgenommene

Zielerreichung in den Treatmentgruppen leicht ab, in der Kontrollgruppe K2 deutlich. Lediglich in der Kontrollgruppe K1 stieg die wahrgenommene Zielerreichung, wobei es hier auch zu einer deutlichen Veränderung des Zielfokus kam. Die durchschnittliche Entschlossenheit zur Zielerreichung stieg in den Treatmentgruppen, in den beiden Kontrollgruppen sank sie leicht. Mehr Gelegenheit zur Zielerreichung zu haben, berichteten die Professionellen der Treatmentgruppen, besonders in T2, aber auch in der Kontrollgruppe K1. In der Kontrollgruppe K2 nahmen die wahrgenommenen Gelegenheiten zur Zielerreichung ab.

Mit der Erfassung der selbstformulierten Ziele in der Arbeit wurde der Versuch unternommen, dass überwiegend quantitative Vorgehen der Untersuchung in einem wesentlichen Punkt – dem Selbstbild der Professionellen – um ein qualitatives Vorgehen zu ergänzen. Dies liegt in der zentralen Annahme, dass ein Programm des Deinstitutionalisierens nur dann nachhaltig erfolgreich sein kann, wenn es nicht nur formale Aspekte berücksichtigt, die sich z.B. in der räumlichen Umgestaltung feststellen lassen, sondern auch inhaltliche. Diese haben Auswirkung auf die Art der Beziehungsgestaltung, z.B. durch eine Erweiterung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten der behinderten Menschen, die in der Institution leben, aber eben auch in der Einstellung der Professionellen. Diese – so die Annahme – lässt sich am besten über deren Zielsetzungen her abbilden. Entsprechend konnte erfolgreich nachgewiesen werden, dass es zwischen den Erhebungszeitpunkten zu Veränderungen gekommen war, die mit den theoretischen Grundannahmen, die an das Programm des Deinstitutionalisierens geknüpft sind, korrespondieren. Mit diesem Vorgehen konnte auch ein Bogen zur theoretischen Analyse des Deinstitutionalisierens geschlagen werden, der belegt, dass das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit geeignet ist, Aspekte der praktischen Arbeit abzubilden und damit einen Sprachraum für weitere Entwicklung zu eröffnen.

Garantie für Sicherheit gehört der Vergangenheit an,
 wo es sie auch schon nicht gab.
 Klaus Dörner

As for our common defense,
 we reject as false the choice between our safety and our ideals.
 Barack Hussein Obama

Wer das Ziel kennt, kann entscheiden,
 wer entscheidet, findet Ruhe,
 wer Ruhe findet ist sicher,
 wer sicher ist, kann überlegen,
 wer überlegt, kann verbessern.
 Konfuzius

Und wenn dich das Irdische vergaß,
 zu der stillen Erde sag: Ich rinne.
 Zu dem raschen Wasser sprich: Ich bin.
 Rainer Maria Rilke

Die Freiheit, sich zu bewegen oder nicht zu bewegen, sollte als Recht gefordert,
 also als ein Element des politischen Kampfes eingesetzt werden.
 Michael Hardt

9. Diskussion

Mit der Diskussion sollen die unterschiedlichen Stränge dieser Arbeit – ihre theoretischen Annahmen und die empirischen Befunde – zusammen geführt werden. Darüber hinaus sollen Schlussfolgerungen für eine Praxis der Veränderung im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit – in Bezug auf das Deinstitutionalisieren und möglicherweise darüber hinaus – vorgestellt werden.

9.1 Diskussion der empirischen Ergebnisse

In der vorwiegend quantitativ designten Untersuchung konnten in den Jahren 2001 und 2003 Menschen, die in einer Institution der Behindertenhilfe leben und arbeiten, hinsichtlich der Auswirkungen eines Programms des Deinstitutionalisierens auf ausgewählte Ergebnisindikatoren befragt werden.

Als wesentliche inhaltliche Merkmale dieser Untersuchung können dabei gelten:

1. Das Programm des Deinstitutionalisierens wurde in der Institution so konzeptionalisiert, dass mit Menschen mit hohem Hilfebedarf begonnen wurde, den Menschen, die ansonsten allzu oft die sogenannte Restgruppe bilden. Dies wurde dann auch in der Praxis umgesetzt.
2. Das Programm wurde mit zwei Zielrichtungen konzeptionalisiert, dem Deinstitutionalisieren durch den Auszug von Menschen in eine kleine, gemeinwesenintegrierte Wohnung, sowie dem Deinstitutionalisieren durch eine Veränderung der Wohnsituation innerhalb der bestehenden Institution. In beiden Zielrichtungen sollten folgende Mindeststandards realisiert werden: Einzelzimmer, Erweiterung des individuellen Lebensraums in der Wohngruppe, Selbstversorgung

hinsichtlich Einkaufen, Kochen, Wäsche, konzeptionelle Neuausrichtung am Konzept der Assistenz und der Erweiterung an Möglichkeiten zur selbstbestimmten Lebensführung. Mit diesen Veränderungen ergaben sich auch neue Herausforderungen in der Arbeitssituation der Professionellen, die mit einer Erweiterung an Freiräumen aber auch neuen Regulationsanforderungen einher gingen. Die Teilnahme an der Pilotphase des Programms war für alle Beteiligten freiwillig. Alle Beteiligten wurden auf vielfältige Weise in die Konzeptionalisierung und Umsetzung des Programms eingebunden.

Als wesentliche formale Merkmale dieser Untersuchung können dabei gelten:

1. Durch die rechtzeitige Konzeptionalisierung der Studie im Rahmen des Veränderungsprozesses konnte eine Ersterhebung durchgeführt werden, bevor feststand, für welche Personen sich tatsächlich die Wohn- und Arbeitssituation verändern würde. Dadurch lag eine solide Baseline vor. Oftmals konnten in anderen Untersuchungen Daten nur retrospektiv erhoben werden bzw. mussten aus vorhandenen Unterlagen rekonstruiert werden.
2. Es wurden Daten von Menschen erhoben, die nicht direkt am Programm des Deinstitutionalisierens beteiligt wurden. Dadurch stellen diese Daten eine Kontrolle der Veränderungen durch das Programm dar. Untersuchungen zu den Effekten des Programms Deinstitutionalisieren mit Kontrollgruppen stellen die Ausnahme dar.
3. Es konnte innerhalb des gleichen Veränderungsprozesses zeitlich die Zielgruppen Menschen, die in der Institution leben und arbeiten, fokussiert werden.

Insgesamt beteiligten sich 51 Menschen mit geistiger Behinderung, 26 Männer, 25 Frauen, im Durchschnittsalter von 34 Jahren, in den Hilfebedarfsgruppen 3 (8), 4 (39) und 5 (4) sowie 13 Professionelle an der Untersuchung.

Es wurde ein quasi-experimentelles AB-Design gewählt mit zwei Messzeitpunkten (kurz vor Auszug der ersten Personen sowie ein Jahr nach ihrem Auszug) und insgesamt zwei Treatment- und zwei Kontrollgruppen: Die Menschen, für die sich die Wohnsituation innerhalb der Institution veränderte (Treatmentgruppe T1), die Menschen, die ins Umland in eine gemeinwesenintegrierte Wohnung gezogen sind (Treatmentgruppe T2), die Menschen, bei denen es keine direkten Veränderungen durch das Programm Deinstitutionalisieren gab (Kontrollgruppe K1), sowie schließlich die Menschen, die indirekt ins Programm Deinstitutionalisieren eingeschlossen wurden, da sie sich auf dem gleichen Stockwerk mit den beteiligten Wohngruppen befanden und es zu internen Umzügen und dadurch verstärkter Unruhe kam (Kontrollgruppe K2).

Als Ergebnisindikatoren wurden auf Seiten der Menschen, die in der Institution leben, folgende ausgewählt: somatische Beschwerden, Teilhabe am Leben in Gemeinschaft, Ressourcenorientierung, Kompetenzentwicklung, psychische Beschwerden und Zufriedenheit und Lebensqualität. Die Ergebnisindikatoren wurden durch geeignete Fragebögen operationalisiert.

Als Ergebnisindikatoren wurden auf Seiten der Menschen, die in der Institution arbeiten, folgende ausgewählt: Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen, Zusammenarbeit im Team, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Arbeitszufriedenheit, professionelles Selbstbild. Auch hier erfolgte eine Operationalisierung durch geeignete Fragebögen.

Als Ergebnisse konnten für die Menschen, die in einer Institution leben, folgende Chancen des Deinstitutionalisierens berichtet werden:

- a) Die Möglichkeiten zu differenzierten Aktivitäten (qualitativ und quantitativ) sowie die Zufriedenheit mit ihnen nahmen in den Treatmentgruppen zu. Dieser Effekt war signifikant.
- b) Die Professionellen erkannten in den Treatmentgruppen deutlich stärker die Ressourcen der behinderten Menschen.
- c) Die allgemeine Zufriedenheit der behinderten Menschen stieg deutlich in den Treatmentgruppen an.
- d) Insgesamt fanden sich größere Steigerungen der benannten Aspekte in der Treatmentgruppe T2 mit den Menschen, die in eine gemeinwesenintegrierte Wohnung gezogen waren.

Als Risiko des Deinstitutionalisierens musste berichtet werden:

Die gesundheitliche Versorgung bedurfte in den Treatmentgruppen einer Fokussierung: epileptische Anfälle nahmen bei einzelnen zu, Krankheiten insgesamt hingegen ab, was aber auch an einer verschlechterten Erreichbarkeit medizinischer Dienste liegen konnte. Dieser Befund betraf besonders die Treatmentgruppe T2.

Eine unklare Befundlage ergab sich für:

- a) Die psychischen Beschwerden konnten mit dem gewählten Instrument nur unzureichend abgebildet werden, so dass hier nur relativ unklare Aussagen möglich waren. Es scheint so zu sein, dass Aussagen in diesem Bereich weiterhin nur über ein individuelles Assessment möglich sind.
- b) Die Kompetenzentwicklung verlief besonders in der Kontrollgruppe K1 entgegen der Erwartung, was eine Generalisierbarkeit der übrigen Befunde in diesem Bereich erschwerte. Insgesamt fiel auf, dass in den Treatmentgruppen eine größere Steigerung in den sozialen gegenüber den praktischen Kompetenzen zu verzeichnen war.

Als Ergebnisse konnten für die Menschen, die in einer Institution arbeiten, folgende Chancen des Deinstitutionalisierens berichtet werden:

- a) Die Professionellen der Treatmentgruppen steigerten – ausgehend von einem niedrigen Niveau – ihre Visionen, gemeinsame Aufgabenorientierung, Unterstützung im Team sowie ihre Unterstützung für Innovationen.
- b) Die Professionellen der Treatmentgruppen steigerten in bedeutsamer Weise ihre erlebte Selbstwirksamkeit bzw. berichteten eine entsprechende Abnahme an erlebter Externalität.
- c) Die Professionellen der Treatmentgruppe T2 konnten ihre allgemeine Arbeitszufriedenheit – ausgehend von einem niedrigen Niveau – steigern, allerdings erreichten sie absolut keine höhere Zufriedenheit als die Kolleginnen in den übrigen Gruppen. Das Deinstitutionalisieren scheint damit eine gute Gelegenheit für die unzufriedenen Professionellen zu sein, ihr Potential als konstruktiv Unzufriedene einzubringen und davon zu profitieren.
- d) Die Inhaltsanalyse der durch die Professionellen formulierten Ziele ergab für die Treatmentgruppen eine Steigerung hinsichtlich der Freiheitsaspekte behinderter Menschen. Zudem fokussierten die Professionellen der Treatmentgruppe T2 in der zweiten Erhebung mehr Sicherheitsaspekte der Professionellen.

Als Risiko des Deinstitutionalisierens musste für die Menschen, die in der Institution arbeiten, berichtet werden:

Es waren besonders die Professionellen der Kontrollgruppe K2, für die eine Abnahme an wesentlichen Aspekten der Arbeit beobachtet wurde: Visionen, Aufgabenorientierung, Partizipative Sicherheit, Unterstützung für Innovationen, aber auch die allgemeine Arbeitszufriedenheit. Dieser Befund ist insofern bedeutsam, als dass er in entsprechenden Veränderungsprojekten berücksichtigt wird, damit keine „Kultur der Zurückgebliebenen“ (Rückholdt, 1999, S. 220) entsteht.

Eine unklare Befundlage ergab sich für die Menschen, die in der Institution arbeiten, für folgenden Aspekt:

Bei der subjektiven Analyse relevanter Arbeitsinhalte, die persönlichkeitsförderlich formuliert waren durch eine Zunahme an Gestaltungs- und Entscheidungsfreiräumen, konnten nur unklare Befunde berichtet werden. Es gab zwar die höchste Steigerung zwischen den Erhebungszeitpunkten in der Treatmentgruppe T2, dennoch konnten die absoluten Werte der Treatmentgruppe T1 und der Kontrollgruppe K1 nicht erreicht werden. Mit der SAA scheint somit ein Instrument vorzuliegen, dass Arbeitsinhalte relativ allgemein erfasst und damit zur Messung von Veränderungen innerhalb des Evaluationszeitraums von einem Jahr nicht ausreichend änderungssensitiv ist. In den vorliegenden Untersuchungen wurde es dementsprechend auch eher eingesetzt, um unterschiedliche Tätigkeiten entsprechend dieser Arbeitsbedingungen abzubilden (z.B. Anlagenführer vs. Maschinenbediener, Ulich et al., 1990), weniger interindividuelle Unterschiede innerhalb der gleichen oder sehr ähnlichen Tätigkeiten.

Um diese Befunde insgesamt nun zu bewerten, muss zunächst eine Abgrenzung vorgenommen werden, was die Untersuchung mit dem gewählten Vorgehen nicht bieten konnte:

1. *Einen konsequenten Einbezug der Menschen mit geistiger Behinderung.* Somit ist auch diese Untersuchung eine Untersuchung eher über das Leben von behinderten Menschen als mit ihnen. Die Teilhabe der behinderten Menschen an der Untersuchung ergibt sich durch die Beschreibung ihrer allgemeinen Zufriedenheit, die überwiegend in direktem Kontakt des Autors mit den Einzelnen erhoben wurde. Die übrigen Fragebögen wurden von den Professionellen ausgefüllt, wie auch die Konzeptionalisierung der Untersuchung ohne Beteiligung der Menschen mit geistiger Behinderung erfolgte. Damit besteht die Gefahr, dass diese Untersuchung zu den exkludierenden Prozessen der Gesellschaft beiträgt, eine Gefahr, die auch im klinischen Bereich besteht, wenn die Lebensgeschichte und komplexe Lebensrealität der betroffenen Menschen ausgeblendet wird (vgl. Jantzen, 2001, S. 327). Es ist dementsgegen aber auch eine Untersuchung, die mehr die Strukturen der Behindertenhilfe fokussiert als die Menschen, die in ihr leben. Diese beiden Aspekte, die Strukturen und die Beziehungen in ihnen, stärker miteinander zu verbinden würde sicherlich ein gänzlich anderes Vorgehen erforderlich machen, dass mit dem hier verwendeten wissenschaftlichen Konzept nur bedingt in Einklang zu bringen ist.
2. *Die Prozessanalyse einzelner Menschen, die in der Institution leben oder arbeiten.* Diese Prozessanalyse wäre jedoch weiterhin wünschenswert, da für das vertiefte Verständnis der intraindividuellen Bewertungsprozesse dieser Blick unabdingbar ist. Dies wäre besonders wünschenswert, um auf Seiten der behinderten Menschen besser verstehen zu können, welche psychischen Folgen mit dem Deinstitutionalisieren in Zusammenhang stehen, welche Kompeten-

zen letztendlich sich wie genau verändern und schließlich, welche Gründe es konkret für die Steigerung der Zufriedenheit in Folge der Veränderungen gibt. Zudem können Prozessanalysen Aufschluss darüber geben, wie sich der individuelle Hilfebedarf verändert, welcher Mehrbedarf zunächst nötig ist, aber auch welche Bedarfe dann in einer deinstitutionalisierten Wohnsituation abnehmen. Auf Seiten der Professionellen können Prozessanalysen ein besseres Verständnis für die unterschiedlichen (Un-)Zufriedenheits-Typen ermöglichen, die sich – so konnte hier vermutet werden – unterschiedlich am Deinstitutionalisieren beteiligen. Schließlich könnten die hier festgestellten Veränderungen im professionellen Selbstbild über die formulierten Ziele und Werte weiter vertieft werden.

3. *Eine Untersuchung der sozialen Einbettung.* Dieser Blick wäre ebenfalls weiterhin wünschenswert, weil der gesetzliche Auftrag der Teilhabe genau diesen Aspekt fokussiert. Die sozialen Kontakte, das soziale Netz verändern sich durch das Deinstitutionalisieren in differenzierter Weise, was in dieser Untersuchung nicht weiter untersucht werden konnte. Durch die Orientierung am Outcome des Programms Deinstitutionalisieren wurden die Prozesse dieses Programms weniger beleuchtet, z.B. die sich möglicherweise verändernden Beziehungen zwischen den Menschen, die in der Institution leben und arbeiten, aber auch zu Angehörigen und dem sozialen Umfeld. Die Berichte der Professionellen lassen darauf schließen, dass die gemeinwesenintegrierte Wohnung gut in der Nachbarschaft angenommen wurde. Ob sich daraus letztendlich auch qualitativ und quantitativ andere soziale Kontakte der behinderten Menschen ergeben, muss hier offen bleiben. Dies betrifft nicht nur die alte und neue Nachbarschaft, sondern auch die Angehörigen, die möglicherweise Kontakte in einer gemeinwesenintegrierten Wohnung eher wahrnehmen, es betrifft zudem die Professionellen, die sich mit ihrer Arbeit im Umfeld wesentlich stärker präsentieren.

Um die formalen Aspekte der Untersuchung zu diskutieren:

1. Es wurde für die vorliegende Untersuchung ein quantitativ ausgerichtetes Design gewählt. Diese Entscheidung fiel aus zunächst ökonomischen Gründen, da die Erfassung von Merkmalen durch einen standardisierten, bereits vorliegenden Fragebogen einfacher ist, als mehr oder weniger systematische Verhaltensbeobachtungen und ihre qualitative Auswertung. Darüber hinaus wurde die allgemeine Befundlage zum Deinstitutionalisieren so eingeschätzt, dass klare Hypothesen formuliert werden können, die ein quantifizierendes, mehr hypothesentestendes als hypothesengenerierendes Vorgehen sinnvoll erscheinen lassen. Dennoch hat sich herausstellen müssen, dass die Stichprobengröße letztendlich nicht ausgereicht hat, um alle Hypothesen überzufällig annehmen zu können und den Befunden damit eine Signifikanz zu geben. Inwieweit dies überhaupt nur nötig ist, um Aussagen über die Generalisierbarkeit der Befunde zu machen, soll hier nicht weiter vertieft werden. Ein weiterer Aspekt empirischer Sozialforschung, die Bedeutsamkeit eines Befunds kann auch ohne Signifikanz gegeben sein. Doch auch über die Stichprobengröße hinaus können sich bei dem gewählten Vorgehen weitere methodische Probleme ergeben, z.B. die der Gruppenstatistik, was besonders im Bereich der somatischen Beschwerden deutlich wurde. So ließen sich die Veränderungen bei der Häufigkeit an epileptischen Anfällen in der Treatmentgruppe T2 auf ausschließlich eine Person zurückführen, so dass die Bildung eines Mittelwerts nicht mehr sinnvoll erscheint. Dennoch hat auch die Veränderung nur eines Menschen in diesem sensiblen Bereich der medizinischen Versorgung Auswirkungen auf das gesamte Projekt und damit auch die übrigen Personen, selbst wenn diese nicht unter

einer Zunahme an epileptischen Anfällen zu leiden hatten. Trotzdem sollte in diesen Fällen immer gruppenstatistischen Gefahren durch Einzelfallanalysen begegnet werden (vgl. Kapitel 7).

2. Unter den formalen Aspekten sind auch teststatistische Gründe zu nennen, die die Befunde beeinflusst haben könnten. Dies wurde versucht, durch die Beschreibung der Veränderungen in zwei Kontrollgruppen zu reflektieren. Und an dieser Stelle muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass es auch in der Kontrollgruppe K1 – ohne Teilnahme an dem Programm Deinstitutionalisieren – zu deutlichen Veränderungen der beteiligten Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch der Professionellen kam. Für die Untersuchung muss daran erinnert werden, dass es sich um ein Quasiexperiment gehandelt hat, bei dem sich die Teilnehmerinnen in einem zuvor durch die Leitung ausgewählten Stockwerk des Wohnbereichs freiwillig entschieden haben. So sind natürlich Selektionseffekte nicht auszuschließen, sowohl bei der Entscheidung der Leitung, auf dieses Stockwerk zurück zu greifen, als auch bei allen Beteiligten dieses Stockwerks. Die Analyse von Selektionseffekten spielt eine wichtige inhaltliche Rolle, wenn gezeigt werden konnte, dass es eher die unzufriedenen Professionellen sind, die sich an dem Programm beteiligen, indem sie in eine gemeinwesenintegrierte Wohngruppe wechseln. Auch bei den behinderten Menschen sind Selektionseffekte nicht auszuschließen. So bestand beispielsweise bei den gesetzlichen Betreuern und Angehörigen eine gewisse Unzufriedenheit mit dem Bestehenden, was sie motiviert haben könnte, dem Risiko des Deinstitutionalisierens für ihre behinderten Angehörigen zuzustimmen.
3. Hinsichtlich der Operationalisierung der Ergebnisindikatoren muss festgestellt werden, dass die verfügbaren und teilweise selbst entwickelten Instrumente nicht allgemein anerkannten Gütekriterien entsprechen. Dies hat sich besonders bei dem Versuch einer Erfassung psychischer Beschwerden gezeigt, aber auch in den überraschenden Befunden zur Kompetenzentwicklung. Damit bleibt ein Spannungsfeld bestehen zwischen dem inhaltlichen Wunsch, Befunde in größeren Veränderungsprojekten auch über den einzelnen Menschen hinaus zu sammeln, und den ökonomischen und formalen Überlegungen, dies auch genau machen zu wollen und zu können.
4. Schließlich ist zu diskutieren, ob die Auswahl der Ergebnisindikatoren geeignet war, um das Programm des Deinstitutionalisierens ausreichend abzubilden. Natürlich konnte mit der vorliegenden Untersuchung nur ein Ausschnitt vorgenommen werden, der den Blick begrenzt. Da das Deinstitutionalisieren ein höchst komplexes Programm ist, das auf vielfältige Art und Weise in Strukturen und Beziehungen hinein wirkt, muss für eine vertiefte Analyse dieser Prozesse eine Auswahl vorgenommen werden. Dennoch wären noch weitere Ergebnisindikatoren denkbar und ihre Analyse wünschenswert, wie sie auch in anderen Projekten berücksichtigt wurden:
 - Prozessanalysen Einzelner (s.o.), z.B. Hinsichtlich der psychischen Regulation der veränderten Anforderungen und Ressourcen;
 - die Veränderung der sozialen Beziehungen (s.o.);
 - Einstellungsveränderungen bei allen Beteiligten;
 - Veränderungen im Selbstbild der Träger;
 - wirtschaftliche Fragen zu den Kosten und Nutzen;
 - Langzeitverläufe der beschriebenen Aspekte.

Schließlich sind die inhaltlichen Aspekte dieser Untersuchung weiter zu diskutieren:

Deinstitutionalisieren ist kein geschützter Begriff, für den eine eindeutige Definition vorliegt. Das dahinter stehende Konzept eines Veränderungsprozesses der Wohn- und Arbeitssituation von Menschen unterliegt Interpretationsspielräumen, die ausführlich in Kapitel 5 vorgestellt wurden.

Sicherlich kann für die vorliegende Untersuchung festgehalten werden, dass mit dem Auszug von Menschen mit hohem Hilfebedarf aus einer Komplexeinrichtung in eine gemeinwesenintegrierte Wohnung ein Veränderungsprozess des Deinstitutionalisierens beschritten wurde, der den allgemeinen formalen Kriterien für ein solches Projekt entspricht. Mit einer anvisierten Gruppengröße von weniger als sechs Menschen, die in diesem Haus zusammen leben sollten, werden beinahe die Standards in skandinavischen Ländern erreicht und die aktuellen Anforderungen, wie sie z.B. durch die Aktion Menschen in ihrem Programm der Umwandlung von Großeinrichtungen beschrieben werden von maximal 24 Personen in einer Wohneinrichtung, deutlich unterschritten. Damit geht in dem untersuchten Programm des Deinstitutionalisierens auch die Realisierung von Anforderungen einher, die zunächst als typisch für dieses Programm bezeichnet werden können: a) Einzelzimmer, b) Erweiterung des sozialen Lebensraums in der Wohnung, c) Selbstversorgung und damit erweiterte Möglichkeiten zur Mitbestimmung entsprechend individueller Bedürfnisse, d) Neuausrichtung einer pädagogischen Konzeption, e) Erweiterung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Einbettung in ein normalisiertes Lebensumfeld, Nähe und Erreichbarkeit von Orten gesellschaftlichen Lebens.

Hinsichtlich der zweiten Zielrichtung des Programms in der vorliegenden Untersuchung, dem Deinstitutionalisieren innerhalb der Institution, ist die Lage unübersichtlicher. Von einem vereinfachten Standpunkt aus, nach dem Deinstitutionalisierung an den Ort der Institution gekoppelt ist, kann ein Deinstitutionalisieren innerhalb der Institution nicht funktionieren, muss dies paradox bleiben. Dennoch konnte in der Untersuchung gezeigt werden, dass unterschiedliche Ergebnisindikatoren sich durch das Programm auch für die Menschen positiv verändert haben, deren Wohnsituation sich innerhalb der Institution veränderte. Damit können Überlegungen aus dem Kapitel 5 aufgegriffen werden, wonach es im Leben eines Menschen weniger auf das Wo als auf das Wie ankommt. Zudem belegt die – nicht empirisch überprüfte – Lebensqualität der Menschen, die in Neuerkerode an einem „Ort zum Leben“ (Gaedt, 2007) wohnen, dass auch innerhalb von verschiedenen Institutionen deutliche Unterschiede der realisierten Lebensqualität bestehen können. Diese kann in Institutionen dann sogar höher sein als in gemeinwesenintegrierten Wohnformen, wenn das Wie entsprechend ausgestaltet wird. Auch hier waren in der vorliegenden Untersuchung folgende Punkte bedeutsam, die die große Schnittmenge zu der zweiten Zielrichtung des Programms belegen, den Menschen, die ausgezogen sind: a) Einzelzimmer, b) Erweiterung des sozialen Lebensraums in der Wohnung, c) Selbstversorgung und damit erweiterte Möglichkeiten zur Mitbestimmung entsprechend individueller Bedürfnisse, d) Neuausrichtung einer pädagogischen Konzeption.

Vor diesem Hintergrund lassen sich abschließend drei Schlussfolgerungen für das Deinstitutionalisieren zusammenfassen:

- (1) Solange also Institutionen Teil der Lebensrealität von behinderten Menschen sind, sollten Veränderungsprojekte zweigleisig gefahren werden. Dies bedeutet, dass die Forderung nach Deinstitutionalisieren über eine Dezentralisierung und Ambulantisierung hinausgehen muss, indem sie die Lebensqualität der „Orte zum Leben“ fokussiert. Diese kann in einer gemeinwesenintegrierten, kleinen Wohnung höher sein als in der klassischen Institution, muss

es aber nicht. Gleichzeitig sollte die Lebensqualität in der Institution so fokussiert werden, dass dort nicht alles beim Alten bleibt. Dabei musste auch in der vorliegenden Untersuchung teilweise offen bleiben, inwieweit nicht nur formale Aspekte des Deinstitutionalisierens berücksichtigt wurden, sondern auch inhaltliche. Diese sind wesentlich schwieriger zu greifen, als eine Beobachtung von Wohn- und Arbeitssituation. Die inhaltlichen Aspekte des Deinstitutionalisierens hängen eher mit der Einstellung der Beteiligten zusammen, mit ihrer Bereitschaft und Offenheit, neue Formen der Beziehung zu gestalten, in denen klassische Machtstrukturen sich nicht einfach reproduzieren, sondern kritisch reflektiert werden. Diese Aspekte konnten mit dem qualitativen Vorgehen der Analyse der Ziele und Werte der Professionellen angegangen werden. Es zeigte sich mithilfe eines relativ einfachen Vorgehens über die Formulierung selbstgewählter Ziele der Professionellen und ihrer inhaltlichen Analyse entsprechend des Spannungsfeldes von Sicherheit und Freiheit, dass sich die Ziele und Werte im Erhebungszeitraum veränderten in einer Weise, die theoretischen Überlegungen nicht widerspricht. Die Zunahme an Zielen, die die behinderten Menschen fokussieren und hier besonders ihre Freiheitsaspekte, kann als entsprechende Änderung der Einstellung in der Arbeit der Professionellen gewertet werden. Auch die stärkere Fokussierung eigener Sicherheitsaspekte der Professionellen in der gemeinwesenintegrierten Wohngruppe mit ihren deutlich erhöhten Regulationsanforderungen belegt einen nicht überraschenden Wandel. Dieses Vorgehen könnte auch in anderen Kontexten, z.B. der Beratung von Professionellen dazu dienen, Einstellungsveränderungen abzubilden und eine Grundlage für eine Diskussion über diese zu schaffen. Dennoch bleibt insgesamt ein Restzweifel, der über die vorliegende Untersuchung hinaus gilt, inwieweit bei Programmen des Deinstitutionalisierens zwar in aller Regel formale, strukturelle Veränderungen angestoßen werden, die aber einen mitunter unklaren Verlauf hinsichtlich der inhaltlichen, mehr an der Beziehung festzumachenden Ausgestaltung nehmen. Dies wird weiter unten noch bei den theoretischen Ergebnissen zu diskutieren sein. Für gelingendes Deinstitutionalisieren kann somit ein Doppelkriterium formuliert werden, demnach als notwendige Bedingung formale Aspekte der institutionell organisierten Strukturen des Lebens, Wohnens und Arbeitens dahingehend verändert werden, den institutionellen Einfluss so zu reduzieren, dass humane Räume entstehen, die als hinreichende Bedingung in einer Veränderung der Beziehung der Beteiligten und ihrer Gestaltung münden.

- (2) Für alle Programme des Deinstitutionalisierens kann empfohlen werden, Selektionseffekte zu reflektieren. Dies gilt für die behinderten Menschen in aller erster Linie: Wer profitiert von entsprechenden Veränderungen, wer nicht? Hier ist der kategorische Imperativ Dörners Mahnung und Handlungsprogramm gleichzeitig, mit den Schwächsten zu beginnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Selektionsmechanismen nicht nur bei den Menschen mit geistiger Behinderung wirken können, sondern auch bei den Professionellen. Es würde beim oberflächlichen Deinstitutionalisieren – das sich an Prinzipien wie Einfachheit und Effizienz orientiert – ein Rest verbleiben, der ohne entsprechende Maßnahmen sich ungünstig bedingt: Menschen mit hohem Hilfebedarf und/oder herausforderndem Verhalten und Professionelle mit stabilisierter Zufriedenheit, vielleicht aber auch resignativer Zufriedenheit und anderen denkbaren Formen. Dörners kategorischer Imperativ sollte also auch auf die Professionellen übertragen werden, damit diese nicht zurück bleiben. Und natürlich sollte dieses Vorgehen in eine entsprechende Unterstützung eingebunden sein.

- (3) Dennoch bleibt als Grunddilemma, inwieweit eine Verbesserung der Lebensbedingungen innerhalb der Institutionen ihre Auflösung behindern und hinauszögern wird. Dies ist aber vor dem Hintergrund praktizierter Humanität eine strategische Frage, die an Zynismus grenzt. Dennoch scheint es so zu sein, dass wenn das allgemeine Ziel in der Behindertenhilfe lautet, mit immer weniger Institution, mit immer weniger technisch-formaler Regulierung menschlichen Lebens auskommen zu wollen, diese Veränderungen irgendwann dann tatsächlich nicht mehr innerhalb eines institutionellen Kontextes realisierbar erscheinen. Dabei muss diskutiert werden, was aus den deinstitutionalisierten Institutionen wird, denn diese verschwinden ja nicht, sondern werden in etwas Neues transformiert (vgl. Kapitel 5). So bleibt auch in der Initiative „Enquête der Heime“ der Ausgang der mit ihr geforderten Veränderungen offen, wie Dörner (2002) beschreibt: „Sie hält zwar das Heimsystem für ein Auslaufmodell, hält es aber aus denselben Gründen für verboten, jetzt schon zu wissen, wo wir bei dieser neuen Bewegung landen werden“ (S. 7). Es entstehen somit womöglich neue Formen von Institutionen, die zwar nicht mehr – rein äußerlich – den „totalen Institutionen“ der Vergangenheit entsprechen, die aber dennoch gesellschaftliche Räume bleiben, in denen Machtstrukturen sich konstituieren. Dieses Neue wird dann schwerer zu verstehen sein (Buchinger, 2007). In einer erweiterten Interpretation von Deinstitutionalisieren wird diese also nicht mit der Schaffung gemeinwesenintegrierter Wohnformen beendet sein, sondern in einem kontinuierlichen Prozess münden müssen, der immer wieder und von allen Beteiligten eine Reflexion der Strukturen und Beziehungen hinsichtlich von Machtverhältnissen erfordert. Ob die neuen Institutionen, die zwar klein und gemeinwesenintegriert sein werden, aber dennoch ein fragmentierter Bestandteil eines Konzerns der Behindertenhilfe bleiben, eingebettet in vielfältige organisationale Strukturen, Abläufe und Machtverteilung, dann auch an ihre Grenzen an emanzipatorischer Kraft stoßen, bleibt abzuwarten. Im Augenblick erscheint Deinstitutionalisieren jedoch noch mehr als Möglichkeit für die alten Träger der Behindertenhilfe, ihre Macht auszubauen, als sich selbst in Frage zu stellen (vgl. Krüger, 1999).

9.2 Diskussion der theoretischen Ergebnisse

Die theoretische Analyse des Deinstitutionalisierens erfolgte in mehreren Schritten:

In Kapitel 1 wurde das Deinstitutionalisieren in das Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit eingebettet. Zur Illustration wurde ein Modell der Systemtheorie, das der Attraktor- oder Potentiallandschaft verwendet. Demnach kann auch die Behindertenhilfe als ein komplexes, dynamisches System verstanden werden, in dem unterschiedliche Akteure, mit unterschiedlichen Interessen und Motiven interagieren. Veränderungsprozesse, wie hier das Deinstitutionalisieren, wirken in dieses System hinein, zunächst durch eine veränderte Gestaltung von Strukturen. Diese stehen aber wieder in Wechselwirkung mit den Beziehungen der Beteiligten und wirken darüber in sie, ihre Einstellungen, ihre Werte, ihre Rolle und ihren Habitus hinein. Diese Akteure schließlich sind es selber, die den Veränderungsprozess ausgestalten und damit auf das Veränderungsprojekt zurück wirken. Es wurde weiter vorgestellt, dass über die Veränderung der Kontrollparameter hinaus zusätzlich inhärente Ordnungsparameter wirksam sind, die dazu führen können, dass das System sich immer wieder in bestimmter Weise reproduziert. Ordnungsparameter können sich beispielsweise im Habitus

der Professionellen widerspiegeln. Es wurde gezeigt, dass eine Analyse der unterschiedlichen Sicherheits- und Freiheitsmotive und ihr Spannungsfeld im Veränderungsprozess hilfreich sein kann, um die inhärenten Ordnungsparameter transparenter werden zu lassen.

In Kapitel 2 wurde dieses Analyseschema auf wesentliche Diskurse über Menschen, die in Institutionen der Behindertenhilfe leben, übertragen. Es konnte gezeigt werden, dass das Normalisierungsprinzip als normativer Bezugspunkt von Veränderungsprojekten, die Lebensqualität, Selbstbestimmung und auch Empowerment Diskurse sind, die allesamt durch innere Widersprüche gekennzeichnet sind, die nicht einseitig aufzulösen sind, sondern dialektisch verstanden werden müssen. Diese Widersprüche erheben sich aus der Wechselbeziehung von Subjekt und Objekt, von Selbst(-bestimmung) und Fremd(-bestimmung), von Sein und Bewusstsein, die je nach Fokus zu unterschiedlichen Ergebnissen und Schlussfolgerungen für eine psychosoziale Praxis führen können. Zusammenfassend erscheint Sicherheit dann als wesentliche Voraussetzung von Veränderung, kann diese aber auch behindern. Daher ist als hinreichende Bedingung für Veränderung die Nutzung von mit der Freiheit einhergehenden Potentialen anzusehen. Dabei kann in einem institutionellen Kontext Freiheit nur da einem Menschen gegeben werden, wo sie vorher genommen wurde, sie kann jedoch nicht intentional im Gegenüber erzeugt werden. Damit wird dann die Gestaltung entsprechender „humaner Räume“ (Rödler, 2000), die Möglichkeiten bieten ohne vorzuschreiben, wie sie zu nutzen sind, zur wesentlichen professionellen Aufgabe neben der Gewährleistung von Sicherheit. Wacker (2008) beschreibt dies folgendermaßen: „Behinderung als Lebenslage zu erkennen und zu betrachten bringt also die Verpflichtung mit sich, andauernd intentionale Erziehung zu unterlassen und eine beschützende Umwelt so zu öffnen, dass Entwicklung und Erfahrung möglich sind“ (S. 17).

In Kapitel 3 wurden diese Erkenntnisse weiter vertieft und auf Diskurse über Menschen, die in Institutionen der Behindertenhilfe arbeiten, übertragen. Dabei ergaben sich in der Widersprüchlichkeit verschiedene Überschneidungen mit den Diskursen über behinderte Menschen: „humane Arbeit“ (Ulich, 1984) als normativer Bezugspunkt, objektive Arbeitsbedingungen, subjektive Arbeitszufriedenheit, entsprechende Arbeitsgestaltungsmaßnahmen. Es wurde gezeigt, dass auch die Professionellen sich im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit bewegen, dabei ein hohes Maß an Sicherheit benötigen, um diese (Emotions-) Arbeit, oftmals im Grenzbereich zur Deformation, bewältigen zu können. Sie benötigen darüber hinaus jedoch auch in hohem Maße Freiheiten, um diese an die ihnen anvertrauten Menschen weitergeben zu können und vielmehr noch, um sich selbst reflektieren und vielleicht auch hinterfragen zu können.

In Kapitel 4 wurden diese Erkenntnisse über die unterschiedlichen Diskursebenen zusammen geführt. Es konnte gezeigt werden, dass im Rahmen einer sich verändernden Behindertenhilfe Herausforderungen auf alle Beteiligten zukommen, die erneut mit den Aspekten Sicherheit und Freiheit beschrieben wurden. Somit konnten Anforderungen auch für die institutionellen Hilfen formuliert werden, die in den zurückliegenden Jahren bereits zu entsprechenden Antworten im Sinne eines Deinstitutionalisierens geführt haben. Neben einer Klärung von unterschiedlichen Begriffen und entsprechenden Bedeutungen konnten in Kapitel 5 die historischen und internationalen Entwicklungen und Erfahrungen referiert und ausgewählte Beispiele des Deinstitutionalisierens vorgestellt werden. Diese Erkenntnisse mündeten in der Beschreibung der eigenen Untersuchung mit ihren berichteten Ergebnissen.

Als wesentliches Ergebnis nun dieser theoretischen Auseinandersetzung um das Deinstitutionalisieren im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit soll das Bild der Attraktor- oder Potentiallandschaft festgehalten und weiter ausgemalt werden. Wenn dieses Bild als hilfreich erlebt wird, um die unterschiedlichen Dynamiken, die besonders in einem Feld wirken, bei dem vielfältige Menschen in unterschiedlichen Rollen, mit unterschiedlichen historisch bedingten Prägungen im Sinne des Habitus, eingebettet in unterschiedliche gesellschaftliche Strukturen, miteinander interagieren, dann kann eine weitere Auseinandersetzung mit dieser Landschaft dazu führen, sich besser in ihr zu orientieren. Hierzu sollen zunächst mögliche Attraktoren beschrieben werden, die diese Landschaft maßgeblich geprägt haben und auch weiterhin prägen werden, um dann Strategien zu skizzieren, die ein Bewegen in dieser Landschaft unterstützen können.

9.2.1 Attraktoren der Behindertenhilfe

Wie bereits beschrieben, wird die Behindertenhilfe als eine Potentiallandschaft verstanden, in die zahlreiche Parameter hineinwirken. Dabei erscheinen einige als so prägend für die Landschaft, dass sie hier näher skizziert werden sollen. Das Wissen über diese kann hilfreich sein, um die Chancen aber auch Risiken von Veränderungsprojekten angemessen einschätzen zu können. Diese hier vorzustellenden Attraktoren stellen lediglich eine Auswahl dar, die dazu anregen soll, diese Spuren in der Landschaft zu erkennen und weiter zu diskutieren.

Die Ausgangsüberlegung hierbei ist die Suche nach einer Erklärung dafür, dass innovative Veränderungsprojekte immer nur eine gewisse Halbwertszeit haben, innerhalb der sie innovativ bleiben. Es scheint so zu sein, dass das mit der Freiheit verbundene Neue sich innerhalb eines Prozesses zu verbrauchen scheint und mittel- bis langfristig der Prozess gefährdet ist, wieder in einem sicheren Tal zu landen, mal dem alten, aus dem es heraus wollte, mal in einem benachbarten und nur manchmal in einem weiter abgelegenen.

Dies kann in den Routinen liegen, die sich mit der Zeit bei allen Beteiligten (wieder) einspielen. Jantzen (2003) beschreibt diese folgendermaßen: „Im Anstaltsalltag entstehen vielfältige Routinen als Konstruktionen des Personals, die vorrangig auf Sicherheit und Ordnung zielen, die an Loyalitätsforderungen an die Leitung orientiert sind und die ständig ‚Krankheitsurteile‘ im Sinne von Pathologie oder Devianz der Äußerungen der Internierten vollziehen“ (S. 163). Auch Rollenerwartungen als Ausdruck des Habitus, sowohl aus Sicht der Professionellen, helfen zu wollen und vielleicht auch zu müssen, wie auch der behinderten Menschen, sich in diese Hilfe zu ergeben, können diese Routinen verstärken. Sie können in Veränderungen zu einem Plateau-Effekt führen, den Emerson und Hatton (1996) für Entwicklungsmöglichkeiten in gemeinwesenintegrierten Wohnformen beschrieben haben (vgl. Kapitel 5). So betont Schäper (2006, S. 265) die Gefahr, dass auch in kleinen Institutionen der Behindertenhilfe eine Institutionslogik fortbestehen kann (vgl. SMBW, 2005). Mansell und Mitarbeiter (2007) stellen für die von ihnen untersuchten Veränderungsprojekte fest: „Dienstleistungsorganisationen allein laufen Gefahr, von ihren vergangenen und gegenwärtigen Denk- und Arbeitsweisen eingeschränkt zu werden“ (S. 6). Dabei scheint eine enge Wechselwirkung zwischen Denk- und Verhaltensmustern zu bestehen, wie Kunze (2001) beschreibt, indem er fordert, dass Deinstitutionalisieren im Kopf der Beteiligten beginnen muss, nicht an äußeren

Veränderungen. Und Dörner (1998a) unterstreicht dieses Spannungsverhältnis: „Will ich gleichwohl dazu beitragen, dass Du Deinen Weg, Deine Ordnung findest, bleibt mir nur übrig, mich innerhalb unserer Beziehung selbst zu ändern (innere De-Institutionalisierung) oder an den äußeren Kontextbedingungen etwas zu ändern (äußere De-Institutionalisierung)“ (S. 23). Doch wie gezeigt wurde, erweisen sich Veränderungen an den (eigenen) Einstellungen als besonders schwierig und hartnäckig, da sich diese in vielfältiger Weise kulturell, gesellschaftlich und damit über die Strukturen hinaus in unseren Beziehungen reproduzieren, worauf bereits Landenberger und Trost 1988 in ihrer Untersuchung zur Identitätsentwicklung und Subkultur in Heimen Jugendlicher verwiesen haben.

Den Effekt des Abnutzens innovativer Potentiale beschreibt dementsprechend Radtke (1995) mit seiner Analyse des Begriffs „Krüppel“. Dieser war historisch betrachtet zunächst eine neutrale, sachliche Beschreibung, bis er im Zuge der gesellschaftlichen Exklusionsprozesse zunehmend eine abwertende Konnotation erhielt. Mit Verweis auf den erfolglosen Versuch des Orthopäden Biesalski Anfang des 20. Jahrhunderts, einen neuen, weil weniger stigmatisierenden Begriff zu finden, beschreibt der die Schwierigkeiten, die sich aus dem gedankenlosen Umgang mit Sprache ergeben. „Es gibt nur ein Mittel, über dieses Wort hinwegzukommen, nämlich umzulernen und nicht unter einem Krüppel ein abschreckendes Jammerbild zu verstehen“ (Biesalski, 1915, zitiert nach Radtke, ebd.). Radtke (ebd.) fasst zusammen: „Wenn ein Bezeichnetes mit einer negativen Vorstellung behaftet ist, wird jeder Begriff, also jedes Bezeichnende, über kurz oder lang ebenfalls einen negativen Beigeschmack erhalten. Im täglichen Leben bedeutet dies, dass wir uns nach einigen Jahren erneut mit der Frage auseinandersetzen müssen, welchen neuen Ausdruck wir für den angeblich diffamierenden Begriff suchen sollen“. Und weiter: „Nur wenn wir mit dem Umdenken anfangen, hat auch das Umbenennen einen Sinn“ (ebd.).

Diese regelmäßige Suche nach neuen Begriffen, aber auch nach neuen Konzepten, wie z.B. das Deinstitutionalisieren, dienen dann dazu, eine Dynamik in der Behindertenhilfe aufrecht zu erhalten, die immer wieder aufs Neue ihre impliziten Diffamierungen, im Falle des Deinstitutionalisierens neben der expliziten auch der impliziten Ausgrenzungen, reflektiert und zu verändern sucht. Daher ist es sinnvoll und erforderlich, sich mit der Frage auseinander zu setzen, worin die der Behindertenhilfe inhärenten Motive oder Ordnungsparameter liegen. Dies erfordert immer wieder aus Neue, die grundsätzlichen Werte der Behindertenhilfe zu diskutieren und zu reflektieren, was ihre mögliche Realisierung behindert. Dabei scheint es auch in der Behindertenhilfe Kräfte zu geben, die wie die im einleitenden Kapitel beschriebenen Attraktoren der systemtheoretischen Potentiallandschaft eines dynamischen Systems wirken. Sie ziehen bildhaft die Dynamik des Systems in eine bestimmte Richtung und erschweren Phasenübergänge durch ihre anziehende Kraft. Damit ist die Frage gestellt, was unser Denken so ansaugt, dass wir vor lauter Tal den Berg und damit die Freiheit nicht mehr sehen? Die Reflexion dieser Frage und das anschließende Emanzipieren von entsprechenden Denkmustern kann dann neue Entwicklungschancen eröffnen²⁹.

²⁹ So verwendet Gore in seinem Film „Eine unbequeme Wahrheit“ zu den Folgen des Klimawandels die Formel: „Alte Gewohnheiten und neue Technologien haben unvorhersehbare Konsequenzen“ und verdeutlicht dies an der Entdeckung der Kernspaltung. Dementsprechend wäre auch zu überlegen, inwieweit in der Behindertenhilfe Innovationsprojekte ohne entsprechende Reflexion der Gewohnheiten ebenfalls zu unvorhersehbaren Konsequenzen führen können.

9.2.1.1. Der Attraktor der interindividuellen Ausgrenzung (Institutionalisierung 1)

Abgrenzung kann erforderlich und sinnvoll sein, um die eigene Identität zu entwickeln und zu bewahren. Sie ist hierbei ein völlig normaler Prozess, in der Sprache der Systemtheorie: „Individualität ist Exklusion“ (Nassehi, 1997, S. 127, zitiert nach Schäper, 2006, S. 44). Abgrenzung ist somit ein Prozess, der die eigene Sicherheit fördert. Problematisch kann dieser Prozess dann werden, wenn aus der Ab- eine Ausgrenzung wird, wenn die Grenze so inflexibel wird, dass sie nicht mehr durchlässig ist. Dann behindert diese Grenze möglicherweise die eigene Entwicklung, ermöglicht nicht mehr Neues aufzunehmen und führt – wie bereits beschrieben – zur Vereinsamung.

Die Geschichte behinderten Lebens stellt sich dabei als eine Geschichte der Ausgrenzung dar. Dieses Tal innerhalb der Potentiallandschaft hat zwei mögliche Ausläufer, die es so prägend und hinderlich für innovative Entwicklungen in der Behindertenhilfe machen: a) behindertes Leben wird unter normativen Gesichtspunkten als fremdartig und statt als Bereicherung des Verständnisses vom menschlichen Leben als bedrohlich erlebt, b) das Fremde muss in der Folge beseitigt, vernichtet oder zumindest aus dem Blick entfernt werden.

Jansen (1999) beschreibt die Geschichte behinderter Menschen mit Blick auf die letzten fünftausend Jahre als noch nie „normal“. Behinderte Menschen standen immer am Rand der Gesellschaft und ihr Leben war vielfältig bedroht. Er (ebd.) fasst dies in drei Trends zusammen:

1. Der behinderte Mensch wurde zu keiner Zeit als völlig normales Mitglied der jeweiligen Gesellschaft angesehen.
2. Die Tendenz der Zurückweisung, der Isolierung und sogar des Ungeschehenmachens (durch Aussetzung oder Tod) findet sich in fast allen Kulturen und zu allen Zeiten, zumindest in der gedanklichen Vorstellung.
3. Ebenfalls durchgängig findet sich der behinderte Mensch als Objekt des Mitleids, gelegentlich als anbetungswürdige Gottheit, die z.T. mit besonderen Begabungen ausgestattet ist (der blinde Seher) (S. 285).

Letzer Aspekt kann dann auch in einem „tödlichen Mitleid“ (Dörner, 1993) enden.

Schäper (2006, S. 206 ff.) zeichnet im Überblick die inhaltlichen Entwicklungslinien der Behindertenhilfe nach. Auf der Basis der drei Achsen der Foucault'schen Philosophie, Macht – Wissen – Subjekt, rekonstruiert sie die historischen und aktuellen Grundzüge einer „Regierung von Behinderung“ und stellt entsprechende Verbindungen vom Mittelalter bis heute her:

1. Die *Ausschließung* mit den Aspekten Aussetzung, Ignoranz und Vernichtung (Macht), Dämonisierung und Heiligsprechung (Wissen) und Aberkenntnis des Personstatus (Subjekt) (S. 129 ff.);
2. Das *Narrenschiff* mit den Aspekten Verbannung (Macht), Mythisierung des „Wahnsinns“ im Ersatz für das Todesthema (Wissen) und Distanzierung (Subjekt) (S. 132 ff.);
3. Die *Internierung* mit den Aspekten Pastoralmacht, Fürsorge und Kontrolle (Macht), Entdämonisierung des Wahnsinns, Rationalität (Wissen) und Zähmung bzw. transformierende Integration (Subjekt) (S. 135 ff.);
4. Das *Asyl* mit den Aspekten Wohltätigkeit, Disziplinierung, Pastoralmacht (Macht), Medizinierung, humanwissenschaftliche „Disziplinen“ (Wissen) sowie Normierung, Nützlichkeit, Differenzierung als Indifferenz (Subjekt) (S. 139 ff.);

5. Die *Vernichtung* mit den Aspekten Bio-Politik der Bevölkerung (Macht), Biologismus, Sozialdarwinismus, Rassismus und Eugenik (Wissen) sowie Entnennung, Theorie der „Entartung“ (Subjekt) (S. 167 ff.);
6. Vom flexiblen Normalismus zur *Gouvernementalität* mit den Aspekten Juridifizierung und Ökonomisierung, Sozialhilfe, Re-habilitation vs. De-habilitation (Macht), „Untersuchung“ als Ansammlung von (Disziplinierung-) Wissen, Prävention (Wissen) sowie Förderung und Selbstbestimmung, Risikomanagement, Empowerment (Subjekt) (S. 176 ff.).

Diese Analyse zeigt, wie komplex die subjektiven Lebenswirklichkeiten mit Aspekten des wissenschaftlichen Diskurses und letztendlich der Realisierung von Macht verstrickt sind und sich diese Aspekte gegenseitig bedingen können. Die Ausgrenzung behinderter Menschen entwickelte sich dementsprechend kontinuierlich fort und veränderte sich dabei in qualitativen Stufen. Insofern sind auch die der Ausgrenzung entgegengesetzten Strategien nicht einfach zu realisieren, solange diese Verstrickungen – auch im eigenen Denken und Tun des Veränderers – nicht angemessen berücksichtigt werden.

Die jüngere Geschichte der Ausgrenzung behinderter Menschen stellen auch Beck (1997) und Dörner (1998b) ausführlich dar. Die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg und der systematischen Vernichtung behinderter Menschen beschreibt Dörner (1998a) unter dem Aspekt des einsetzenden Deinstitutionalisierens:

Das aber führte nach Ende des Zweiten Weltkriegs zu einem tiefgreifenden weltweiten Erschrecken darüber, zu welchen Konsequenzen Institutionalisierung von Menschen führen kann. In der Folge kam es zur gegenläufigen globalen Bewegung der De-Institutionalisierung. Ziel dieser Bewegung auf der ganzen Welt wurde es, von nun an nicht mit immer mehr, sondern mit immer weniger Institution auszukommen und die bisher institutionalisierten Menschengruppen wieder unter uns leben zu lassen, sie kommunal zu integrieren (S. 332).

Die Institutionen (über die Institutionen der Behindertenhilfe hinaus) können dabei in einem weit gefassten Sinne als gesellschaftliche Ort verstanden werden, in denen das gesellschaftliche Subjekt immer mehr zu einem gesellschaftlichen Objekt wird, das verwahrt, reglementiert und diszipliniert wird. Dies verlangt in der Folge vom Subjekt in hohem Maße anpassende Fähigkeiten, die darüber bestimmen, inwieweit sie die Institution verlassen und ins Zentrum der Gesellschaft vorrücken können. So stellt Gaedt (2007) fest, "dass die Entsprechung zwischen Aneignungskapazität eines Menschen und der Anforderungsstruktur der vorgegebenen sozialen Struktur darüber entscheidet, ob und in welchem Maße eine soziale Integration stattfindet" (S. 12). Wacker (2008) beschreibt den daraus resultierenden Anpassungsdruck:

Während sich die Gemeinschaft der Steuerbürgerinnen und -bürger also durch die Investition in exclusive Förder- und Sondersysteme freikaufte von Inklusionsaufgaben, wird ein „Leben so normal wie möglich“ für Menschen mit Behinderung in der Gemeinde nur um den Preis hoher Adaptionsbereitschaft und -fähigkeit zugänglich. Also müssen Eigenarten verdeckt oder mit Rehabilitationskünsten bearbeitet werden, um im Gemeindeleben möglichst unauffällig zu sein. Normalität heißt nach diesem Konzept für Menschen mit Behinderung, dass sie ihre Verschiedenheit verleugnen müssen oder sich „einigeln“, um ihre Eigenart zu schützen (S. 19).

Der geschützte Raum der Institution kann dann ein Ort sein, in dem Eigenarten gelebt werden dürfen und können, festigt dadurch aber auch mitunter die Ausgrenzung.

Die Reduzierung der Ausgrenzung kann daher nicht nur einseitig über die Anpassung des Individuums erfolgen, sondern verlangt eine Veränderung der entsprechenden gesellschaftlichen Mechanismen. Denn letztendlich wird bei allen pädagogisch-therapeutischen Bemühungen um den richtigen Weg zu mehr Selbstbestimmung und Empowerment und damit um eine entsprechende Veränderung des individuellen Bewusstseins die Grenze des gesellschaftlichen Seins erreicht werden, wie Wacker (2008) beschreibt: „Um die Vision vom 'selbst Bestimmen' konkret werden zu lassen, ist das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft ein wichtiger Faktor. Denn ob und wie Individuen an gesellschaftlichen Prozessen mitwirken können, hängt davon ab, welcher Platz ihnen in der Gesellschaft zugewiesen ist. Leitet sich ihre Position aus Abstammung, Geschlecht, Bildung, Kompetenzen oder anderen Ressourcen ab“ (S. 13). Daraus leitet sie als weitere Frage ab, „mit welchen Mitteln Individuen genügend lernfähig, eingebürgert, wissenschaftlich ausgewiesen oder zahlungsfähig werden, um eine Verheißung auf Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung für sich realisieren zu können“ (ebd.).

Auf die gerechte Verteilung von Chancen bzw. die Forderung nach ihrer Erfüllung innerhalb der Gesellschaft verweisen auch Nussbaum und Sen (1993) mit ihrem Ansatz der „Befähigungsgerechtigkeit“. Ziel einer gerechten gesellschaftlichen Entwicklung ist nach Sen die Erweiterung von individuellen Verwirklichungschancen („capabilities“, vgl. hierzu auch Klauß, 2006), das heißt von Freiheits- und Teilhabespielräumen (Kostka, 2005, S. 16). Der Ansatz geht dabei von der Annahme aus, dass kein Mensch keine Fähigkeiten hat, wobei es in seiner Freiheit liegt, wie er sie nutzt. Der Ansatz betont die Rahmenbedingungen, die nötig sind, damit diese Fähigkeiten entfaltet werden können. Es wird dann zu einer gesellschaftlichen Aufgabe, die notwendigen Ressourcen und Freiräume zur Verfügung zu stellen. Und solange diese Ressourcen nicht zur Verfügung gestellt werden, bleibt die Gefahr sozialen Ausschlusses bestehen. Wacker (2008) fasst für die Behindertenhilfe zusammen: „Hinter diese Erkenntnisse kann Rehabilitation nicht zurück. Wenn sie ihren Inklusionsauftrag erfüllen will, muss sie alle 'Insassen' produzierenden Rahmenbedingungen vermeiden und abbauen“ (S. 14). Auf dieser Basis fordert sie (ebd.): „Der Teufelskreis aus mangelnden Teilhabechancen, Problemen mit dem respektvollen Miteinander 'auf gleicher Augenhöhe', dem Verlust gesellschaftlicher Aufgaben und damit geringen Erwartungen an engagierte Selbsttätigkeit und Entscheidungskompetenz bei der Lebensführung muss aber unbedingt durchbrochen werden“ (S. 15). Sie fasst dies in der klaren Forderung zusammen: „Teilhabe entsteht durch Teilhabe“ (ebd.). Dies beschreiben auch behinderte Menschen, die ihre Interessen selber vertreten, z.B. Saal (zitiert nach Dörner, 1993, S. 113):

Als wirklich schwerbehinderter Mensch, der nur mit allergrößten Schwierigkeiten ohne die Hilfe anderer den Alltag überstehen könnte, habe ich das Recht, ja die Pflicht, mich meiner Umwelt zuzumuten. Ich bin Teil des Ganzen im menschlichen Kosmos. Ich trage dazu bei, dass niemand vergisst, dieses Ganze zu sehen, wie ich auch von anderen mit ihrer eigenen Individualität darauf gestoßen werde, in ihnen einen Teil des Ganzen zu sehen, ohne den es den Menschen nicht gibt in seiner Totalität.

In diesem Zusammenhang dekonstruiert Radtke (1995) die alte Forderung nach der „Integration Behinderter in die Gesellschaft“, indem diese Forderung möglicherweise eine Aufspaltung in behinderte Menschen und den Rest der Gesellschaft implizit aufnimmt. Entsprechend seiner sprachlichen Analysen stellt er fest: behinderte Menschen sind die Gesellschaft und die Forderung nach ihrer Integration damit sinnleer.

Dementsprechend bemüht sich auch der Ansatz der Inklusion, weniger den zu integrierenden Menschen zu fokussieren, als sein Lebensumfeld und darin die entsprechenden exkludierenden Mechanismen zu reduzieren³⁰. Wacker (2008, S. 22) beschreibt im 6-I-Programm die Eckpunkte entsprechender Umbauprozesse durch Inklusion: Identitätsentwicklung, Individualisierung, Integration, Infrastruktur und Information. Und der Ansatz der Entgrenzung versucht, "Grenzen auszumachen, Grenzen zu öffnen, Grenzziehungen zu hinterfragen, neue Risiken und Ambivalenzen wahrzunehmen. (...) Entgrenzung lässt sich dabei auf vielen Ebenen denken" (Goeke, Jerg, Merz-Atalik, Thalheim, Thümmeler & Tiemann, 2007), z.B. kulturell, in den Klassifikationen, in den sozialen Strukturen, den Rollen, den Handlungsfeldern, den Konstruktionen von Geschlecht und anderen.

Aber entsprechende Ansätze haben auch einen langen Weg vor sich, wie Steinhart (2008) feststellt: "Eine Gesellschaft Inklusions-fit zu machen ist ein komplexer und langfristiger Prozess. Wichtig erscheint vor allem, dass dies in einem strukturierten, transparenten und auf Nachhaltigkeit angelegtem Gesamtprozess mit Feedback-Schleifen zur Rückversicherung bei allen beteiligten Akteuren angelegt ist und in die politischen Rahmenbedingungen eingebettet wird". Die Aussage Steinhardts muss jedoch vor dem Hintergrund des Attraktors Ausgrenzung als sehr optimistisch eingeschätzt werden. Wie beschrieben lösen sich die Institutionen der Gesellschaft nicht einfach auf, sondern werden in etwas Neues transformiert, das womöglich schwerer zu verstehen sein wird, als die ursprüngliche „totale Institution“. Darüber hinaus weitet sich der Einfluss der Institutionen über ihren eigentlichen Ort aus und für den Einzelnen wird es damit immer schwerer, sich diesen Mechanismen zu entziehen, die zunehmend viele Aspekte des Lebens in der Gesellschaft umfassen, wie Hardt (2002) in einem Interview erläutert:

In disziplinarischen Regimen erschien es, als ob die Gesellschaft aus einem Patchwork von Institutionen bestehen würde – auf diese Weise beschreibt es auch Foucault. Ich erinnere mich wie Guattari/Deleuze eine Passage über Disziplin erklären, die lautet: „Du gehst in die Kaserne und du bist nicht mehr in der Familie. Danach gehst du in die Fabrik und dort wird dir gesagt: Nun, jetzt bist du nicht mehr in der Armee.“ Das bedeutet, dass jede Institution ihre eigene Disziplin hat, und dass über die Mauern einer Institution etwas definiert wird. Etwa auch das Kloster, welches für viele Frauen als ein Weg aus der Disziplin der Familie funktioniert hat. Was stattfindet, ist eine Ausbreitung, so dass eine flottierende disziplinäre Logik nicht länger nur im Gefängnis, sondern im gesamten ganzen sozialen Feld erscheint. Die patriarchale Logik der Familie existiert ebenfalls nicht nur in einem begrenzten familiären Raum, sondern dehnt sich überallhin aus. Auch die Logik der Fabrik ist nicht durch die Mauern der Fabrik begrenzt, sondern dehnt sich aus. Also ist die Kontrollgesellschaft in diesem Sinne eher eine Verallgemeinerung der Disziplin als ein Ende der Disziplin. Eine etwas beängstigende Vorstellung ...

Vermutlich wird angesichts der beschriebenen Traditionslinien eine entsprechende Gesellschaft ohne Ausgrenzung so qualitativ verschieden sein, dass sie kaum wiederzuerkennen sein wird.

Leitende Fragen in einer Diskussion um den möglichen Attraktor der Ausgrenzung in der Behindertenhilfe können beispielsweise die Folgenden sein. Dabei stellt sich die Frage nicht, grenzen wir aus,

³⁰ Exkludierende Prozesse gibt es letztendlich überall, in Deutschland finden sich diese beispielsweise in der Schule durch die frühe Selektion und Aufspaltung der Schulformen, durch das Arbeitslosengeld II, durch die Schwierigkeiten, die deutsche Staatsbürgerschaft zu erlangen, wenn nicht „deutsches Blut“ in den Adern fließt, und sicherlich noch durch weitere.

ja oder nein, sondern vielmehr wie machen wir das. Nur durch diese Frage können wir den Einfluss ausgrenzender Mechanismen reduzieren. Ihn abzuschaffen bleibt eine gesellschaftliche Utopie, deren Realisierung in unseren sprachlichen Denkkategorien kaum vorstellbar ist.

- Wie grenzen wir durch unser Denken, Sprechen und Handeln behinderte Menschen aus?
- Wie reproduzieren wir den gesellschaftlichen Ausschluss, sei es durch die Macht, die mit unserer Position einher geht, sei es durch die Formen von Wissen, die wir anwenden und produzieren, sei es in uns selbst?
- Wie können wir diesen Mechanismen des Ausschlusses begegnen, ohne unsere Identität zu verlieren?

9.2.1.2. Der Attraktor der Ökonomisierung (Institutionalisierung 2)

Ökonomie ist eine Wissenschaft wie andere auch. Damit verbindet sich eine eigene Sprache, die teilweise übersetzt werden muss, teilweise vielleicht gar nicht kompatibel ist mit anderen Wissenschaften. So erinnert Schäper (2006, S. 20) mit Verweis auf Luhmann (1994, S. 34 ff.) daran, dass beispielsweise die Ökonomie und die Kirche völlig unterschiedliche Subsysteme sind mit jeweils eigenen Funktionen, unterschiedlicher Ausrichtung der Kommunikationssysteme und unterschiedlichen Handlungsimperativen.

Die Ökonomisierung kann dabei allgemein verstanden werden als eine organisatorische Neuordnung vormals staatlicher Verwaltungen, „bei der durch interne Rationalisierung und die Übernahme marktpreissimulierter Kosten-Ertrags-Kalküle angestrebt wird, die Qualität öffentlicher Dienstleistungen zu verbessern und gleichzeitig deren Produktionskosten zu senken“ (Wikipedia, Stichwort Ökonomisierung, Zugriff am 15.02.2009).

Ihr grundlegendes Prinzip ist damit das der Effizienz, also der Bewertung der Relation eines möglichen Nutzens und der erforderlichen Ressourcen, das zum Zwecke der Effizienzsteigerung und der Qualitätsverbesserung auf den Bereich der öffentlichen Dienste übertragen wird.

Aktuelle Symptome der Ökonomisierung können beispielsweise sein (Dederich, 2009): Privatisierung vormals staatsmonopolistischer Dienste, die Implementierung privatwirtschaftlicher Managementstrategien, die Förderung von Wettbewerb, die Umgestaltung sozialer Sicherungssysteme mit der Folge einer Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen.

Die Ökonomisierung ist dabei eingebettet in einen umfassenden gesellschaftlichen Umbauprozess, den Dörner (1998a) beschreibt:

Da nun die globale De-Institutionalisierung keineswegs nur die sozialen Institutionen auflöst, sondern auch viele andere früher stabile Institutionen schwächt (Familie, Schule, Kirche, Militär, ja, selbst den Nationalstaat), so dass inzwischen fast nur noch die Wirtschaft als mächtige, vitale und damit potentiell kreative Institution anzusehen ist, werden bislang utopische Spinnereien zukünftig möglicherweise realistischer werden, wonach chronisch psychisch Kranke und andere Behinderte mitsamt den ihnen zur Verfügung gestellten Helfern auf die existierenden Wirtschaftsbetriebe paritätisch verteilt werden (S. 334).

Somit ergeben sich aus der Ökonomisierung für die Behindertenhilfe nicht nur Nachteile, sondern auch Chancen, die es zu nutzen gilt. Dies alleine macht aus ihr noch keinen hinderlichen Attraktor in der Behindertenhilfe.

Dabei kann dieser Attraktor nicht von dem zuvor beschriebenen, dem der Ausgrenzung, losgelöst werden. Demnach begann Ökonomisierung nicht erst mit der Reform der BSHG-Gesetze Anfang der 1990er Jahre, und einem Rückzug der staatlichen Fürsorge, sondern durchzieht die institutionelle Behindertenhilfe, seitdem es sie gibt. Ökonomisierung hat dann in einem erweiterten Verständnis in der Behindertenhilfe mit ihrer Institutionalisierung begonnen und damit dem Ziel, menschliches Leben zu verwalten, zu reglementieren und damit die Prinzipien eines Produktionsprozesses auf menschliche Entwicklung und menschliches Leben zu übertragen. Erst wenn innerhalb dieses Spannungsfeldes die Ökonomie zum scheinbar einzig leitenden Handlungsmuster wird, droht als Ökonomie die Gefahr eines „Terrors der Ökonomie“ (Forrester, 1997).

Dabei erweisen sich mehrere Wesenszüge eines Denkens in ökonomischen Konzepten als hinderlich für eine Praxis humaner Arbeit:

- a) Vereinfachte Effizienzüberlegungen führen dazu, dass es Gewinner und Verlierer geben wird, wodurch das Thema der Konkurrenz eröffnet wird³¹. Hier sind behinderte Menschen besonders betroffen, da sie innerhalb einer Verwertungslogik immer bedroht sind, zu den Verlierern zu gehören. Dies führt auch zur Entsolidarisierung. Dabei erweist sich Konkurrenz der Professionellen in Veränderungsprozessen – wie in Kapitel 3 und 5 näher ausgeführt – als hinderlich. Auch unter Einrichtungen der Behindertenhilfe kann es so zur Konkurrenz kommen, die dann Einzelwege forcieren anstatt sich zusammen zu schließen. Sie verfallen unter Konkurrenzbedingungen in einen Selbsterhaltungsmodus, der einen Weg hin zu ihrer Auflösung noch erschweren wird.
- b) Vereinfachte, reduzierte Effizienzüberlegungen führen immer dahin, sich eher mit dem Leichten zu beschäftigen als mit dem Schweren. Dabei scheint es so zu sein, dass entsprechendes ökonomisches Denken mehr kompatibel ist mit einem medizinischen Denken: „Die Medizin liebt die Akut-Kranken, nicht die chronisch Kranken, liebt die Heilbaren, nicht die Unheilbaren“ (Dörner, 1998a, S. 12). Genau hier setzt auch seine Forderung an, dieses Prinzip umzuwandeln. Er (ebd.) überträgt seinen kategorischen Imperativ auch auf ethisches Handeln in der Wirtschaft:

Wenn die Wirtschaft sich marktwirtschaftlich an der Ethik orientiert „Investieren, wo es sich am meisten lohnt“, weil dies die größte Produktivität (auch den größten Profit) garantiert, dann kann sie diese Ethik gesamtgesellschaftlich nur rechtfertigen, wenn sie sich in den Dienst der anderen, komplementären Ethik stellt „Investieren, wo es sich am wenigsten lohnt“, sich also am jeweils Schwächsten und seinen Bedürfnissen zuerst orientiert; denn übergangen wäre er ausgegrenzt und ich könnte ihn nie wieder erreichen (S. 310 f.).

³¹ Das Wesen der Konkurrenz im Kapitalismus illustriert womöglich eine Geschichte besser als viele Worte: Zwei Geschäftsleute unternehmen eine Safari in der afrikanischen Savanne. Auf einmal ertönen aus der Nähe unheilvolle Trommelschläge und der eingeborene Führer erleicht. Bevor er verschwindet, ruft er den beiden Geschäftsleuten noch zu, dass ein hungriger Löwe auf dem besten Wege ist, sie einzuholen und aufzuessen. Beide wirken auf den ersten Blick ratlos. Doch dann setzt der eine seinen Rucksack ab und zieht seine mitgebrachten Rennschuhe an. Der andere blickt ihn etwas zweifelnd an und meint: „Glaubst Du etwa, auf diesem Wege dem Löwen entkommen zu können?“ – Der erste antwortet ihm: „Ich brauche gar nicht schneller als der Löwe zu sein; es reicht, wenn ich schneller als Du bin!“ (Quelle leider unbekannt)

Auch hier gilt wieder, dass diese Wesenszüge des ökonomischen Denkens möglicherweise so tief mit dem gesellschaftlichen Sein und Bewusstsein verwoben sind, dass ihre Veränderung eine Utopie darstellt, die nur schwer vorstellbar ist. Doch es wäre viel zu einfach, auf diesem Wege alle Erkenntnisse der Ökonomie unberücksichtigt zu lassen. Denn mittlerweile liegen zahlreiche Befunde über Management und Personalführung vor (vgl. Kapitel 3), deren Anwendung auch in der Behindertenhilfe sehr wünschenswert wären. Vielmehr scheint es so, als ob Ökonomisierung in den letzten Jahren zu einer Projektionsfläche wird, mit der andere Aspekte kaschiert werden. Mit Ökonomisierung wird dann eine Entwicklung innerhalb der Behindertenhilfe beschrieben, bei der viele unangenehme, teilweise auch schmerzhaft Veränderungen als Folge der Verknappung von Ressourcen interpretiert werden. Diese Sicht auf die Ökonomisierung greift jedoch möglicherweise zu kurz und blendet durch die damit einhergehende Externalisierung („die Kürzungen sind schuld“) eigene Handlungsmöglichkeiten aus. Interessanterweise wird gerade in einer Phase, in der die alten Institutionen abgebaut werden, die Klage nach den Schattenseiten der Ökonomie angestimmt. So kann die Frage gestellt werden, ob es sich bei der Ökonomisierung nicht vielleicht um einen „Mythos“ handelt (vgl. Schäper, 2009).

Vielmehr erscheint es so, dass ein erbitterter Machtkampf begonnen hat, in dem Träger der Behindertenhilfe um ihr Überleben kämpfen. Mit Dörner (1998a) kann die Entwicklung folgendermaßen beschrieben werden: konsequente Deinstitutionalisierung entspricht nicht nur den Wünschen der Betroffenen, dem fachlichen Standard, dem politisch-moralischem Recht unserer Verfassung, sondern es reduziert die sozialstaatlichen Kosten deutlich. Warum wird es nicht getan? Eine mögliche Antwort kann darin liegen, die eigene Macht nicht zu gefährden: „Und weiterhin wissen Heimträger oft keinen anderen Weg, als Euch als Geiseln zu halten“ (S. 13). Für die Träger der Institutionen wird Deinstitutionalisierung dann möglicherweise zu einer Strategie, das eigene Überleben zu sichern, anstatt darüber nachzudenken, sich selbst aufzulösen, „wie das für rettungslos überholte Institutionen – auch ökonomisch – sich gehörte“ (S. 331).

Der Aspekt der Macht verdeutlicht auch, dass es bei den Instrumenten der Ökonomie weniger darum geht, ob diese gut oder schlecht sind, sondern ob sie richtig oder falsch eingesetzt werden. Covey (2008) verweist hierzu auf Drucker und Bennis: „Management ist, wenn man die Dinge richtig macht; Führung ist, wenn man die richtigen Dinge macht“ (S. 116). Qualitätsmanagement kann beispielsweise ein hervorragendes Instrument sein, um Transparenz zu fördern und Menschen unterschiedlicher Ebenen an einem Entwicklungsprozess zu beteiligen. Es kann aber auch ein Instrument sein, mit dem Kontrolle ausgeübt wird, mit dem Machtstrukturen gefestigt werden können.

Dies erfordert eine Auseinandersetzung über die grundlegenden Werten, wie Covey (ebd.) weiter ausführt: „Und in unserem persönlichen Leben fehlt es uns noch stärker an Führung. Wir sind darauf ausgerichtet, effizientes Management zu betreiben, Ziele zu setzen und zu erreichen, bevor wir überhaupt unsere Werte geklärt haben“ (S. 118). Nur durch die Auseinandersetzung mit den gemeinsamen Werten kann die Verantwortung für ihre Realisierung bei allen Beteiligten geweckt werden.

In diesem Zusammenhang kann mit Jantzen (1997) daran erinnert werden, „Deinstitutionalisierung muss sichern, dass dauerhaft moralische Verantwortung an die Stelle technisch-formaler Verantwortung treten kann. (...) Bei der Reorganisation einer Anstalt ebenso wie beim Ausbau einer Versorgungskette in der Region ist dies ein Grundproblem, das auch im Rahmen bisher erfolgreicher

Enthospitalisierungsprozesse in den unterschiedlichsten Einrichtungen nicht hinreichend befriedigend gelöst wurde" (S. 370 f.).

Leitende Fragen in einer Diskussion um den möglichen Attraktor der Ökonomisierung in der Behindertenhilfe können beispielsweise sein:

- Wie werden in unserem Umfeld individuelle Bedürfnisse technisch-organisational reglementiert?
- Wo begegnen uns behinderte und nicht-behinderte Verlierer und wie gehen wir mit ihnen um?
- Wann machen wir es uns im Umgang mit menschlichen Bedürfnissen einfach und warum?

9.2.1.3. Der Attraktor der intraindividuellen Ausgrenzung (Ausbeutung)

Die beiden ersten beschriebenen Attraktoren der Behindertenhilfe sollten zeigen, dass das Thema der Institutionalisierung in der Behindertenhilfe nicht nur eine lange Tradition hat, sondern diese Tradition auch tiefgreifend mit ihr verwachsen ist. Sie haben deutlich gemacht, wie das Subjekt in diese Prozesse der Ausgrenzung und der Ökonomisierung verstrickt sein kann. Dabei kann es hilfreich sein, sich dieser Verstrickungen bewusst zu werden, um der anziehenden Wirkung entsprechender Attraktoren begegnen zu können.

Denn hinter all den historischen Entwicklungen um Ausgrenzung scheint immer wieder die Frage zu stehen, wie gehen wir, eingebettet in die Gesellschaft, mit dem Fremden um. Wie sehr sind wir in der Lage, dieses Fremde zu verstehen, auszuhalten und anzunehmen, dass es dieses Fremde außerhalb von mir gibt (ohne es zu entfernen, beseitigen, vernichten oder anpassen zu wollen)? Und damit vielleicht dieses Fremde zu einem Teil von mir werden zu lassen bzw. meine Vorstellungen und Grenzen von mir dahingehend zu erweitern, dass sie das vermeintlich Fremde hineinlassen. Erst dann ist das Fremde nicht mehr fremd. Die individuelle Strategie ist dabei – neben der Ausgrenzung – die Anpassung des Fremden an sich selbst, so wie Dörner (1998a) unter Rückgriff auf Waldenfels beschreibt: „Es folgt darüber hinaus der vorherrschenden abendländischen Denktradition, nach der ‚alles Fremde als Produkt einer Entfremdung, eines Fremdwerdens des Eigenen betrachtet wird‘ (Waldenfels, 1998, S. 137), woraus sich ein ‚Sog zur Aneignung‘ ergibt, die Egologik der Wiederaneignung des mir Fremdgewordenen: Ich sage Dir, was Dir fehlt und behandle Dich, bis Du wieder mir gleich geworden bist“ (S. 22).

Beide Strategien laufen Gefahr, unser Gegenüber nicht als Menschen zu sehen, sondern abzuspalten. Mit Sartre (1982) „muss dieser Abweichler entweder nur ein Kieselstein oder ich sein“ (S. 910). Und DeGroef (2006) verweist auf Freuds Forderung: „Wo Es war, soll Ich werden“. (...) Nichts Menschliches, wie Fremd es auch immer sein mag, ist mir fremd, es sei denn jener Fremde, der ich für mich selbst bin“ (S. 7 f.). In diesem Prozess der Annäherung an das Fremde kann ich mir meiner eigenen Entfremdungen vom Menschsein bewusst werden, wie Jantzen (2001) optimistisch formuliert: „Insofern ich mich also der von mir implizit oder explizit verlangten Unterjochung eines anderen verweigere, setze ich zugleich die Bedingungen der Möglichkeit meiner eigenen Befreiung“ (S. 335).

Damit spiegelt sich möglicherweise die gesellschaftliche Ausgrenzung in innerer Ausgrenzung und Entfremdung (und umgekehrt).

Wie in Kapitel 3 beschrieben wurde, führt das Wesen sozialer Arbeit entsprechend des Prinzips des Empowerments dazu, den Entwicklungsfortschritt und damit das Nutzen von Freiheiten immer als den Erfolg des Anderen zu sehen und damit zu externalisieren. Demgegenüber besteht eine häufig anzutreffende Tendenz der Professionellen, den Misserfolg zu internalisieren und auf mangelnde Fähigkeiten oder mangelnde Anstrengung zurück zu führen. Dies wird oft noch verstärkt dadurch, dass strukturelle Mängel in Institutionen in persönliche umgedeutet werden. Dies kann von außen erfolgen, aber geschieht mitunter auch (voraussetzend) von innen heraus. Dabei gilt eine mögliche negative Idealisierung der eigenen professionellen Rolle, die sich selbst um die eigenen Erfolge bringt. Doch diese kann nicht in einfachen Sicherheiten liegen. Der Professionelle, der sich für gut hält, wird aufhören gut zu sein. Denn er wird gefährdet sein, sich auf einfache, weil bekannte Lösungen zu verlassen. Das professionell Gute ergibt sich dann aus einem ständigen Infragestellen. Dies erfordert in hohem Maße Sicherheit und dies erfordert auch in hohem Maße Anerkennung und Würdigung, da es mit hoher Anstrengung verbunden ist. Und diese ist Gegenstand von Lob, nicht hohe Fähigkeit, die es diesbezüglich nicht gibt. Sich in Frage zu stellen ist keine stabile Fähigkeit, die ein Mensch besitzt oder nicht, sondern beruht auf einem variablen Prozess, der sich unter Umständen ergeben kann, aber nicht muss. Er ist in hohem Maße Ausdruck von Freiheit.

Somit besteht in besonderer Weise in der sozialen Tätigkeit die Gefahr, eigene Bedürfnisse auszugrenzen und damit im Du das Ich zu vernachlässigen, vielleicht sogar zu verlieren. Auch dies kann ein Spiegel der gesellschaftlichen Ausgrenzung sein, dann im Sinne einer nachholenden Wiedergutmachung, die jedoch droht, zugunsten des Anderen in einer Selbstausbeutung zu münden, die – falls sie die Antwort auf die vielfältigen gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozesse sein soll – die eigenen Ressourcen übersteigen wird.

Die besonderen Merkmale der sozialen Arbeit, der Arbeit generell mit und für Menschen, machen zunehmend erforderlich, sich mit diesen Merkmalen innerer Entgrenzung zu beschäftigen und sie zu analysieren. Lange Zeit und vielleicht immer noch wurde soziale Arbeit als reproduktive Tätigkeit eingeordnet, die nicht nur geschlechtsspezifischen Ausgrenzungen unterlag und unterliegt, die mit einer doppelten Abwertung einher geht. Wenn beispielsweise der Geschäftsführer einer Institution der Behindertenhilfe sagt, dass die Betreuung der behinderten Menschen auch durch eine geeignete Hausfrau möglich sei, wird damit nicht nur die soziale Arbeit abgewertet, sondern reproduktive Tätigkeiten an sich. Dies bricht jedoch zunehmend mit der Erkenntnis eines zunehmend steigenden Bereich, des Dienstleistungssektors: „Die Hälfte der Bevölkerung könnte bald damit beschäftigt sein, die andere Hälfte zu überwachen, zu behandeln und zu informieren“ (Tizon & Lonchamp, 2004, S. 3). Dementsprechend wird sich darum bemüht, die Mechanismen dieser Tätigkeitsformen besser zu verstehen, wie z.B. Hardt und Negri (2002) mit dem Konzept der „immateriellen Arbeit“ und darin besonders der affektiven Arbeit. Eichhorn (2004) bewertet diese ausführlich:

Seine Plausibilität gewinnt das Konzept der immateriellen Arbeit vor allem dadurch, dass es in vielfacher Hinsicht die fundamentalen Veränderungen im Produktionsprozess zu reflektieren vermag. Es schließt die wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors wie der Wissens- und Symbolproduktion und die Restrukturierung der industriellen Produktion unter den Bedingungen von Computerisierung und Informatisierung ebenso ein, wie es auf die veränderten Arbeitsbedingungen verweist, für die prekäre Beschäftigung, Flexibilität oder zunehmende Ununterscheidbarkeit von Arbeits- und Freizeit symptomatisch sind. Darüber hinaus nehmen Hardt und Negri mit der Einführung des Begriffs der affektiven Arbeit in das Konzept der immateriellen Arbeit direkt Bezug auf die zurückliegende feministische Diskussion zur geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. Sie knüpfen an feministische Kon-

zeptionen zur Fürsorgearbeit von Frauen und die besondere Bedeutung dieser Arbeit zur Herstellung von Sozialität an und weisen den auf die Produktion von Affekten gerichteten, hauptsächlich Frauen zugeschriebenen Tätigkeiten eine dominante Position gegenüber anderen Arbeitsformen zu. (...) Demgegenüber bleiben die Bedingungen, unter denen Menschen leben, die Haushaltsstrukturen, in denen sie tagtäglich ihre Existenz realisieren und die sich in diesen Strukturen konstituierenden Machtverhältnisse und sich durchsetzenden Formen der Arbeitsteilung weitgehend ausgeblendet. Es fehlt daher auch der Bezug auf die wechselseitige Artikulation zwischen dem, wie Menschen ihre Existenz realisieren, und der inhaltlichen wie organisatorischen Bestimmung von affektiver Arbeit. So sind etwa Fürsorge, persönliche Bindung oder Erziehung und die sich daran knüpfenden Gefühle historisch sehr unterschiedlich definiert worden und ihre inhaltliche Definition ist nicht zu trennen von den spezifischen Formen, institutionellen Verdichtungen und Machtbeziehungen, innerhalb deren sich die damit zusammenhängenden Tätigkeiten organisieren. (...) Demgegenüber interpretieren Hardt und Negri die zunehmende Ununterscheidbarkeit von Produktion und Reproduktion als deren Zusammenfall. Für sie markiert dieser Zusammenfall und die Krise der Institutionen, wie Familie, Schule, Nationalstaat, die vormals die Trennung von Produktion und Reproduktion garantierten, jene totalisierende Bewegung des Kapitals, die auf die Einverleibung der „lebendigen“ Arbeit und die Subsumtion nicht mehr nur der Lohnarbeit, sondern des gesamten Lebens unter das Kapital zielt.

Ohne diese Reflexion entsprechender Arbeitsverhältnisse entsteht das, was Jantzen (1999, S. 234) mit Goffman beschreibt: Auf der Vorderbühne findet Brüderlichkeit statt, auf der Hinterbühne reproduziert sich die totale Institution. Und dies wird möglicherweise dann auch mit den neuen Formen an Institutionen geschehen, die noch viel umfassender in unser Leben in der Gemeinschaft hineinwirken werden.

Leitende Fragen in einer Diskussion um den möglichen Attraktor der Selbstaussbeutung in der Behindertenhilfe können beispielsweise die Folgenden sein. Letztendlich sollte dabei immer berücksichtigt werden, dass Professionelle der Behindertenhilfe nicht nur teuer sind, sondern besonders wertvoll, d.h. voller Werte, die es zu leben gilt.

- Was brauche ich, um mein („wert-volles“) Potential abzurufen?
- Welche eigenen Grenzen benötige ich und was grenze ich damit aus?
- Wie beute ich mich aus und mit welchem Preis?
- Wie würdige ich meine Arbeit von und für Menschen?

9.2.2 Transitionen der Behindertenhilfe

Die Auseinandersetzung mit den Attraktoren der Behindertenhilfe macht – um im Bild der Systemtheorie zu bleiben – das Bild von der Potentiallandschaft genauer und hilft, sich in dieser Landschaft mit seinen Spannungsfeldern zu bewegen. Besonders Augenmerk verdienen jedoch in diesem Bild die Phasenübergänge, die Transitionen³². Transitionen stellen genau die Momente da, in denen ein System sich in einem sehr freien, aber auch instabilen Zustand befindet. Es sind die Augenblicke, in denen das System am ehesten sensibel ist für Veränderungen. Diese Übergänge kön-

³² In der Pädagogik beschreibt Transition einschneidende Übergänge im Leben, z.B. von der Familie in den Kindergarten, von dort in die Schule, ins Arbeitsleben etc. (Wikipedia, Stichwort Transition, Zugriff am 15.02.2009).

nen von außen zwar angestoßen, aber letztendlich nicht intentional erreicht werden, sie sind nicht vollständig planbar, solange wir es mit einem autonomen, sich selbst regulierenden System zu tun haben. Daher gilt es, diese Phasen genau zu beobachten und sich ergebende Gelegenheiten zu nutzen (vgl. Kapitel 1).

Umstellungsprozesse unterliegen einer ganz eigenen Dynamik, die nicht immer linear abbildbar ist. Für das Deinstitutionalisieren berichten Mansell et al. (2007): „Die Dynamik des Wandels ist eine komplexe Sache, bei der es manchmal zur Aussendung irreführender Signale bezüglich des Kosten- und Ergebniswandels kommt. Entscheidungsträger müssen immer sicherstellen, dass sie eine genügend langfristige Sicht auf die Dinge haben“ (S. 11). Sie betonen auch, wie wichtig hier die Vision der Führungskräfte ist (vgl. oben) und ihre Fähigkeit, sich in den Spannungsfeldern zu bewegen. Dabei benötigen sie vielmehr eine entsprechende Haltung als Werkzeuge, worauf Wüthrich, Philipp und Osmet (2008, Hervorhebung im Original) verweisen:

Globalisierung, Dynamik, Vernetzung, Stakeholder-Ansprüche, erodierende Märkte, neue Konkurrenten, Virtualisierung der Wertschöpfung etc. haben in den letzten 15 Jahren so ziemlich jede Grundlage verändert, auf der noch heute viele Lehrbücher der Betriebswirtschaft und Managementlehre aufbauen. Die Zeit des Managements von Stabilität ist spätestens seit der Jahrtausendwende vorbei. Heute erleben wir ein sich permanent änderndes wirtschaftliches Umfeld – das Management von Instabilität wird zur zentralen Herausforderung für jedes Unternehmen. Dabei ist die Diagnose eindeutig: Die Komplexität, mit der Führungskräfte umgehen müssen, steigt gewaltig! Gerade unter diesem sich aufbauenden Druck beobachten wir reflexartiges Handeln und den Rückgriff auf vermeintlich bewährte Handlungsmuster. Derartige Automatismen haben durchaus ihre Berechtigung. Auf der einen Seite entlasten sie in Phasen zunehmender Unsicherheit und Instabilität. Auf der anderen Seite bleiben mehr und mehr ungute Gefühle bei Führungskräften und Mitarbeitern zurück. (...) Eine Unternehmens- und Führungskultur, die Paradoxien akzeptiert und zulässt, kann nur langsam und in kleinen Schritten entstehen. Führungskräfte, die Interesse daran haben, aus eingefahrenen Verhaltensweisen auszubrechen, können bei sich und in ihrem eigenen Führungsbereich anfangen – kontinuierlich und Schritt für Schritt. Wem es gelingt, gelegentlich inne zu halten und das eigene Handeln zu hinterfragen, wer bewusst einmal eine andere Haltung einnimmt und einen der „Anti-Reflexe“ gedanklich ausprobiert, der hat bereits den ersten Schritt getan. Nach und nach können so Routinen durchbrochen und im eigenen Bereich eine alternative Führungskultur gelebt werden. Es geht nicht um Tools. *Es geht um Ihre Haltung, mit der Sie Führung leben!* Die Antwort auf die Frage also, was (Unternehmens-)Führung im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhundert auszeichnet, ist einfach und schwierig zu gleich: *Arbeiten Sie an Ihrer Haltung – Beginnen Sie bei Sich!*

Auch Wehmeyer et al. (1999) beschreiben Chancen durch die Gestaltung von Übergangsprozessen (transition process), hier im pädagogischen Kontext der Schule: „Die Planung des Übergangsprozesses bietet ideale Voraussetzungen, in denen Schüler(innen) a) Selbstbestimmungskompetenzen wie Ziele setzen, Entscheidungen treffen und Selbstvertretung lernen können, b) früher gelernte Selbstbestimmungskompetenzen auf andere Situationen übertragen und generalisieren können, c) mehr Kontrolle über ihr Leben gewinnen können und dadurch eine positive Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung aufbauen können“ (S. 336, zitiert nach Lindmeier & Lindmeier, 2003, S. 134). Sie beschreiben aber auch die Realität dieser Planungen ohne Partizipation der Betroffenen: „Unglücklicherweise werden viel zu viele Planungstreffen zur Gestaltung des Bildungsprozesses oder des Übergangs lediglich als bürokratische Erfordernisse angesehen, durchgeführt entsprechend der Bedürfnisse der Professionellen, und werden so im Wesentlichen zu einem In-

strument, das vorgefertigte, durch Professionelle vorgesehene Ziele absegnet. Schüler(innen) in solche Prozesse einzubeziehen wird zweifellos die gegenteilige Wirkung haben" (ebd.).

Dabei ist die Gestaltung dieser Übergänge nicht immer so wie gewünscht planbar, daher gehört zu ihr auch die Möglichkeit ungeplanter Verläufe und damit abweichender Wege. Egal ob das Ziel nun Selbstbestimmung oder Empowerment lautet, alle entsprechenden Veränderungen tragen in sich das Risiko des Scheiterns. Stinkes (2000) schließt ihre kritischen Ausführungen zu Selbstbestimmung und Empowerment: „Die derzeitige Situation bestimmt sich dadurch, dass es um einen im wahren Wortsinn notwendigen, die Notwendenden Umbruch und Aufbruch, um ein deutliches Engagement im Sinne behinderter Menschen und damit um Handlungsalternativen geht, die humane Lebensmöglichkeiten eröffnen. Diese ‚Chance des Aufbruchs‘ beinhaltet selbst das Risiko der Tragik, welche darin liegen könnte, dass die anvisierten ‚Alternativen‘ keine zu sein brauchen" (ebd., 189; vgl. auch Schernus & Bremer, 2007). Göpel (1991) beschreibt für die Suche der Individuen in Zeiten neoliberalen Umbruchs "die intellektuelle und emotionale Gradwanderung des modernen Bewusstseins: Zwischen Freiheits- und Sicherheitsbedürfnis die Entwicklung des eigenen Lebenspotentials selbst zu bestimmen und dabei mit Wagnis und Risiko behaftet zu sein" (S. 3). Und DeJong beschreibt dieses Recht auf Scheitern bereits 1982: „Ohne die Möglichkeit des Scheiterns, so wird gesagt, fehlt den behinderten Menschen die wahre Autonomie und das Zeichen wahren Menschseins das Recht, auf Wohl und Wehe zu entscheiden".

Die Möglichkeit des Scheiterns bezieht sich dabei auf die vielfältigen Ziele, von Kleinen bis hin zu den Großen wie die Erreichung von Glück und Wohlbefinden, für die Ernst (1996) feststellt: „Erst allmählich und nach großen, vergeblichen Anstrengungen dämmert die Erkenntnis: Vielleicht ist Glück doch kein ‚Projekt‘, kein Ziel, das man systematisch und mit kalkulierte Aufwand anstreben könnte" (S. 128, zitiert nach Keul, 1998, S.49)? Glück und Wohlbefinden sind demnach eher Werte, die sich in einem Raum von Möglichkeiten realisieren können, aber nicht müssen, den es im Sinne eines „humanen Raums" (Rödler, 2000) zu gestalten gilt. Und für die Freiheit folgt mit Wacker (2008) hieraus: "Also lernt nur der, selbst die Grenzen seiner Freiheit auszuloten, der über Freiheit verfügt. Die Mühe, das Leben steuern zu lernen, mehr und mehr eigene teilautonome Räume zu definieren und zu gestalten mit jeweils eigenen Handlungsfreiheiten, trägt also zunächst nur für die Früchte, die bereits Teilhabechancen in der Gesellschaft haben. Autonomieräume sind aber verschieden verteilt. Selbstbestimmung ist daher ein voraussetzungsreiches Element von Lebensqualität, das nicht allen Menschen gleichermaßen zugänglich ist" (S. 12), wie bereits oben ausgeführt wurde.

Hierin liegt die besondere Herausforderung sozialer Arbeit, einer Arbeit mit und für Menschen. Sie erfordert die Berücksichtigung unterschiedlichster Spannungsfelder, in denen sie sich wertorientiert zu bewegen hat. Wenn die der ICF (WHO, 2001) entsprechende erweiterte Definition von Behinderung zum Ausgangspunkt der Behindertenhilfe wird, lassen sich daraus ihre Schwerpunkte ableiten: Für den Bereich der Schädigungen und der funktionellen Beeinträchtigungen mag es bessere Disziplinen geben, aber ihr Schwerpunkt sollte da liegen, wo es um die dynamischen Wechselwirkungen dieser mit den Personen- und den Umweltfaktoren geht und in denen Teilhabe realisiert bzw. behindert wird. Da wo sie erkennt, dass sie durch ihre inhärenten Denkmuster oder Attraktoren selber zur Behinderung beiträgt, sollte sie sich klar distanzieren. Da behindertes Leben eine Geschichte der Ausgrenzung beinhaltet, ergibt sich auch für die Behindertenhilfe, dass sie aus dieser Geschichte entstanden ist und in sie verwickelt ist.

Ist also das Mehr an sozialer Abhängigkeit behinderter Menschen ein Datum oder ein Faktum und wenn letzteres, wie halten wir dies aufrecht, durch unsere Einstellung, unser Handeln, unsere Formen der Beziehungsgestaltung, unsere Strukturen? Wie ist die Autonomie abhanden gekommen, wodurch aus sozialer Einbindung erst Abhängigkeit wird? Wir selber, unsere Gedanken sind frei, entsprechend sollten wir damit beginnen.

Entsprechende Veränderungen sind dann Transitionen in der Potentiallandschaft der Behindertenhilfe. Mit diesen zu leben und sie professionell auszugestalten, kann durch drei Aspekte begünstigt werden, die hier abschließend vorgestellt werden sollen.

9.2.2.1. Denken in Widersprüchen

Es konnte gezeigt werden, dass die Diskurse der Behindertenhilfe in vielfältiger Weise durch Widersprüche, Paradoxien gekennzeichnet sind, die möglicherweise das Wesen der Arbeit mit Menschen ausmachen. In Theorie und Praxis gilt es, diese Widersprüche bewusst wahrzunehmen und sie auszuhalten, ohne schnell in die eine oder andere Richtung aufzulösen. Diese Widersprüche, wie sie in der vorliegenden Arbeit vorgestellt wurden, können demnach sein: Subjekt – Objekt, Individuum – Gesellschaft, Bewusstsein – Sein, Selbst(-bestimmung) – Fremd(-bestimmung), Macht – Ohnmacht, Theorie – Praxis und natürlich Sicherheit – Freiheit.

Dabei kann ein dialektisches Denken, ein Denken in Antinomien hilfreich sein. Knoll (2005) beschreibt dies in seiner Dissertation für das Denken Adornos: „Die dialektische Sichtweise Adornos zielt darauf, strikt antinomische Verwicklungen zu erkennen und weiterzutreiben, um die Grenzen des eigenen Bewusstseins in sich zu reflektieren und dadurch zu überschreiten. Dies gilt aber nicht nur für die Ebene des Denkens, sondern ebenso für die *Verstrickungen* dieses Denkens in die gesellschaftliche Wirklichkeit“ (S. 279 f., Hervorhebung im Original). Sich diese Verwicklungen bewusst zu machen, ist dann nicht nur ein Problem theoretischer Erkenntnis, sondern wirkt sich auf das Verhalten und damit die Praxis aus. Damit versucht Knoll (ebd.), das Spannungsverhältnis von Theorie und Praxis bei Adorno aufzulösen: „*Theorie* und *Praxis* befinden sich bei Adorno gleichfalls in einem strikt antinomischen Verhältnis, sowohl *allgemein* betrachtet als auch in *gesellschaftskritischer* Hinsicht. Das heißt, beide stehen sich unversöhnlich gegenüber und enthalten sich doch wechselseitig. Die angebliche *Einheit* von Theorie und Praxis bleibt eine schlechte, wenn sie sich nicht *in sich reflektiert*. Das gilt aber ebenso für eine *Autonomie* beider Momente“ (S. 280).

Auch Bourdieu (1998b) verweist auf die Schwierigkeiten im Umgang mit dem Spannungsverhältnis von Theorie und Praxis: „Die Praxis hat eine Logik, die nicht die der Logik ist, und folglich läuft man bei jeder Anwendung der logischen Logik auf die praktischen Logiken Gefahr, die Logik, die man beschreiben möchte, mit Hilfe des Instruments, das man zu ihrer Beschreibung verwendet, zu zerstören“ (S. 146 f.).

9.2.2.2. Das Ausbalancieren von Spannungsfeldern

Ein Denken in Widersprüchen führt zu Spannung, theoretisch wie auch praktisch. Diese Strategie beschreibt dann das Gestalten von Übergangsphasen als einen kontinuierlichen Prozess, in dem die unterschiedlichen Wirkungen, die die Spannung erzeugen, ausbalanciert werden. Im Ausbalancie-

ren wird das widersprüchliche Wesen nicht einseitig aufgelöst, sondern ausgehalten. Es erfordert jedoch genaue Kenntnis der Spannung und damit auch geeignete Kompetenzen, die jeweiligen Aspekte des Spannungsfeldes zu beeinflussen.

Für eine Praxis der Arbeit mit Menschen können z.B. folgende Spannungsfelder beschrieben werden: a) Verstehen und Verändern, b) Sicherheit und Freiheit, c) ich, das Individuum und du, das Umfeld, das System, die Gesellschaft, d) Struktur und Beziehung, e) Denken und Fühlen.

Heidenreich (2008) beschreibt ausführlich das Ausbalancieren im Spannungsfeld von Veränderung und Akzeptanz für den therapeutischen Bereich. Dies setzt Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Anwendung entsprechender Techniken voraus. Therapeutische Kompetenzen, die den Aspekt der Veränderung fokussieren, können beispielsweise sein: Kognitive Umstrukturierung, Behavior Modification, Aktivitätenaufbau, Training sozialer Kompetenzen. Entsprechende Kompetenzen, die die Akzeptanz fokussieren sind demnach: Empathie, Validierung, Achtsamkeit. Das Balancieren wird zu einer Meta-Kompetenz. „Veränderungs- und Akzeptanzkompetenzen gemeinsam reichen auch nicht – man muss wissen, wann beides eingesetzt werden kann und soll“ (ebd.). Eine therapeutische Entwicklung vollzieht sich dann über die Akzeptanz unangenehmer Zustände hin zu einer aktiven Gestaltung von Veränderung, die sich an den Werten des Menschen orientiert.

Das in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit scheint ebenfalls geeignet zu sein für einen Prozess des Ausbalancierens, da es die Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten professionellen Handelns in helfenden Kontexten angemessen reflektiert kann. Es beinhaltet entsprechende Strategien, mit denen Sicherheiten geschaffen, aber auch reduziert werden können, und Freiheiten ermöglicht, aber auch hier die entsprechenden Möglichkeiten reduziert werden können (Glasenapp, 2008). Die entsprechende Meta-Kompetenz liegt dann darin, den richtigen Augenblick abzapfen und die dann geeignete Strategie zu wählen. Es schafft zudem einen gemeinsamen Sprachraum, da es für die Menschen, die in Institutionen leben und arbeiten, gleichermaßen zutrifft. Denn die Sicherheiten und Freiheiten der Menschen, die in Beziehung zueinander treten, bedingen sich wechselseitig.

9.2.2.3. Die Praxis der Freiheit

Schäper (2006) wählt die Formulierung „die Ethik der ‚Sorge um sich‘ als Praxis der Freiheit“ (S. 390 ff.) entsprechend eines Interviews mit Foucault, das unter diesem Titel erschienen war. Eingebettet in die Foucault'sche Praxis der Selbstsorge (vgl. auch Gussone & Schiepek, 2000) beschreibt sie (ebd.) die Bedingungen eines entsprechenden Empowerments, das nicht unter dem Deckmantel der Kostenreduktion und einer Rücknahme an Verantwortung auftritt:

Empowerment als *Praxis der Freiheit* würde im Gegensatz dazu bedeuten, sehr konkret diejenigen Praktiken der Ausübung von Freiheit zu benennen, die behinderten Menschen ein Höchstmaß an Teilhabe am Leben der Gemeinschaft eröffnen, die Ausgrenzungen nicht nur äußerlich beenden, sondern Spaltungen zwischen *drinnen* und *draußen*, zwischen der *Depressivität* einer fatalistischen Ergebung und der als *Großartigkeit* getarnten Leugnung von Leiden und Grenzen, zwischen *stationär* und *ambulant*, zwischen *behindert* und *nicht-behindert* mehr und mehr auflösen. Als Praxis der Freiheit wäre Empowerment gekennzeichnet durch eine kritische Haltung gegenüber jeglicher Normierung und alle

Versuche, behinderte Menschen möglichst passgenau in Systeme von Betreuungsplanung und Dokumentation zu zwingen (S. 392 f., Hervorhebung im Original).

Mit Schmid (1991) verweist sie darauf: „Denn es gibt keine Freiheit ‚an sich‘, sondern nur eine Praxis der Freiheit und eine Einübung in die Freiheit, die asketischer Techniken bedarf. Freiheit ist die Form, die man seinem Leben gibt, und die mögliche Transformation: Freiheit nicht nur als ein Recht, sondern als ein *Können*“ (S. 382, Hervorhebung im Original). Und Jantzen (2001) ergänzt mit Paz: „Denn Freiheit, so Octavio Paz, lässt sich nicht definieren, man übt sie aus. ‚Sie ist eine Wette. Der Beweis für Freiheit ist kein philosophischer, sondern ein existentieller: es gibt Freiheit immer dann, wenn es einen freien Menschen gibt, immer dann, wenn ein Mensch es wagt, ‚Nein‘ zur Macht zu sagen““ (S. 334).

Der Reflexionsprozess eigener freier Entscheidungen im Raum von Möglichkeiten kann dann auch einen ästhetischen Charakter bekommen, den Schmid (ebd.) schön beschreibt:

Die Immanenz einer Ästhetik der Existenz, die von der persönlichen Wahl ausgeht, beruht auf der beständigen Arbeit der Reflektion der Existenz und der einmal getroffenen Wahlakte sowie der aktuell und künftig zu treffenden; sie ist auf diese Weise ein sich selbst steuerndes System. Ästhetik der Existenz heißt, im Selbst eine Instanz zu installieren, die in ständiger Unruhe über den Weg ist, den die Existenz nimmt und die den einzigen Punkt ihrer Ruhe in der Beständigkeit dieser Unruhe hat, *semper in actu*. Es handelt sich bei der Ästhetik der Existenz um eine bewusste Form von Existenz, die Foucault als die ‚reflektierte Kunst einer als Machtspiel wahrgenommenen Freiheit‘ bezeichnet (S. 294).

9.2.2.4. Zum Abschluss

Auf der Basis dieser Überlegungen ist damit allen Mut zu machen, die sich bis hierhin durchgeschlagen haben, Mut zu machen, die Möglichkeiten der Freiheit zu nutzen.

Für Professionelle der Behindertenhilfe kann dies bedeuten, a) Machtverhältnisse offenzulegen und eigene Verstrickungen darin bewusst zu machen, b) sich ein Wissen an Widersprüchlichkeiten und ein dialektisches Denken darin anzueignen, sowie c) als Subjekt eigene Freiheiten zu nutzen im Sinne davon, Phasenübergänge aktiv zu gestalten und eigene Möglichkeiten darin zu berücksichtigen.

Sinason (2000) beendet ihr Buch über die Grundlagen menschlichen Seins mit der Aufforderung: „Vor über 200 Jahren hat Pinel die geistig Behinderten und die Geisteskranken von ihren Ketten im nachrevolutionären Paris befreit. Vor 100 Jahren hat uns Freud von den geistigen Ketten des Nichtverstehens befreit. Es liegt nun in Reichweite unseres theoretischen Begreifens, diese Freiheit auszuweiten. Wenn wir darin versagen, werden wir zu den behindernden Prozessen in der Gesellschaft beitragen“ (S. 246). Diese Aufforderung ergibt sich aus der Geschichte der Ausgrenzung behinderten Lebens, die auch nicht von der Behindertenhilfe zu trennen ist. Mit der Realisierung des Ziels, ausgrenzende Mechanismen in der Gesellschaft abzuschaffen, wird auch die Behindertenhilfe möglicherweise nicht mehr existieren.

Dies bedeutet, nicht nur über strukturelle Veränderungen nachzudenken, wie sie mit dem Deinstitutionalisieren verbunden sind und die in einem Abbau entsprechender institutioneller Hilfe münden sollen, sondern auch über Veränderungen der Beziehung nachzudenken und darin die eigene

Abschaffung der Rolle, des Habitus, mit der und dem wir als Professionelle in die Beziehung eintreten, mitzudenken.

Damit soll keinem reduzierten Praxisverzicht Vorschub geleistet werden. Erneut Knoll (2005) zur entsprechenden Argumentation bei Adorno: Denn es ist falsch, „ihn auf bloßen Praxisverzicht zu reduzieren. Selbst noch diejenigen, die seine kritische Theorie verteidigen wollen, sehen darüber hinweg, dass Praxisverzicht zwar ein wesentliches Moment seiner kritischen Theorie ist, aber zugleich sein striktes Gegenteil impliziert. Diese Verwicklungen gilt es bewusst zu entfalten, um über sie hinaus zu gelangen. Das dürfte nicht unpraktisch sein“ (S. 280).

Somit können Gedanken aufgegriffen werden, die an verschiedenen Orten bereits geäußert wurden. Rückholdt (1999, S. 224) beispielsweise äußert für Professionelle das Ziel „sich überflüssig machen, wo Hilfe nicht mehr erforderlich ist“ und Dörner (2001, S. 8) erinnert daran, dass „alle Aktivitäten von mir aus werden sich als falsch erweisen“. Dies wird auch mit Kränkungen verbunden sein, weil der Sinn professionellen Handelns von und für Menschen möglicherweise aus einem Idealbild von Hilfe und Hilfebedürftigem resultiert, das sich darin auflöst. Dabei kann der psychoanalytische Blick hilfreich sein, der diese Kränkungen immer mit reflektiert, wie DeGroef (2006) ausführt:

Deshalb ist es im Allgemeinen so wichtig, in der Nachfolge Freuds jenen Unterschied zwischen Idealisieren und Sublimieren zu thematisieren. Darüber hinaus wird dann verständlich, weshalb libidinös überspannte Ideale und Idealisierungen, mit allen diesbezüglichen Aggressionen, die Neigung haben in ihr Gegenteil umzuschlagen: ein Vorbild wird dann so tyrannisch, dass es persekutiv jede abweichende Entwicklungschance zu Nichte macht. Deshalb ist dieses Thema der Ideale und Idole das zentrale Kapitel in der psychoanalytischen Pädagogik. Immer wieder wird betont, dass Erzieher (Eltern) und aber auch Hilfe leistende Institutionen die narzisstischen Investitionen ihrer eigenen Idealbilder bearbeiten und von den Kindern, den „Zöglingen“, bearbeiten lassen. Unsere Grenzgänger sind wie keine anderen dazu geeignet, jenen inflatorischen narzisstischen Diskurs zu unterwandern. (...) Professionelle Betreuer und Institutionen wissen was Jenseits des Lustprinzips beinhaltet; es ist ihre Welt. Darum müssen sie (im ethischen Sinne von „müssen“) ihren eigenen professionellen Narzissmus bearbeiten. In dem Maße als sie als Behinderte professionell arbeiten, handeln und denken können, entsteht die Möglichkeit, dem realen Patienten in seiner Fremdheit zu begegnen. Andernfalls droht – nach Analogie mit den Eltern – auch hier eine Spaltung: die ideale Institution, der ideale Profi fühlt sich angegriffen und schließt den untypisch sich verhaltenden Patienten aus, oder er empfindet die professionelle Kränkung als traumatisch und versinkt in einer depressiv-melancholischen Haltung (S. 11 f.).

Die Nutzung der höchsten Freiheit liegt dann darin, sich selbst in Frage stellen zu können. Dies führt dazu, den kategorischer Imperativ Dörners für pädagogisch-therapeutisches Arbeiten dahingehend zu erweitern: Handle in Deinem Alltag so, dass Du Dich mit dem Einsatz all Deiner Ressourcen in Deiner Arbeit, Deiner Rolle, Deinem Habitus und der daraus resultierenden Bedeutung für die Menschen überflüssig machst. Dies gilt nicht zuletzt auch für die Institutionen.

10. Literaturverzeichnis

- Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Abele, A.E., Cohrs, C. & Dette, D.E. (2005). Arbeitszufriedenheit – Personen oder Situation? In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde* (S. 205-225). Göttingen: Hogrefe.
- Aktion Mensch. (2007). *Merkblatt "Gross- und Komplexeinrichtungen"* (Stand: 01.01.2007). Zugriff am 19.02.2009, von http://foerderung.aktion-mensch.de/de/formulare_und_infos/infopakete/Infopakete_1.html
- Aktion Psychisch Kranke (2001). *25 Jahren Psychiatrie-Enquête*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Albrecht, G., Ingenieur, H.J., Günther, C. & Haneberg, J. (1999). Die Entwicklung der Lebenszufriedenheit im Zuge der Enthospitalisierung chronisch kranker Langzeitpatienten. In B. Badura, & J. Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen, Ansätze und Ergebnisse* (S. 339-361). Weinheim: Juventa.
- Alioth, A. & Ulich, E. (1981). Gruppenarbeit und Mitbestimmung. In F. Stoll (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 12: Anwendungen im Berufsleben* (S. 863-885). Zürich: Kindler.
- Allardt, E. (1973). *About dimensions of welfare. Research Group for Comparative Sociology. Research Report No. 1*, University of Helsinki.
- Anderson, N.R. & West, M.A. (1994). *The Team Climate Inventory*. Windsor: Berks ASE.
- Andersson, L. (1996). Wohnformen in Skandinavien. Referat auf dem Symposium 'Begleitetes Wohnen'. 25 Jahre Geschützte Wohnplätze bei Jugend am Werk zwischen Alltag und Visionen am 02. und 03.11.1995 in Wien.
- Angermeyer, M.C., Becker, T., Frey, C., Forster, R., Rössler, W., Werner, W., Eikermann, B., von Cranach, M., Seelhorst, R.-M., McCrone, P., Schanda, H., Geisler, H., Seyde, T., Richter, R. A. & Nollau, M. (2000). Grenzen der Deinstitutionalisierung? Allgemeine Aspekte und Entwicklung in Sachsen. *Psychiatrische Praxis*, 27 (Sonderheft 2), 537-599.
- Antoni, C. (2003). Rezension des "Teamklima-Inventar (TKI)" von F.C. Brodbeck, N. Anderson und M. West (Instrumente der Arbeits- und Organisationspsychologie). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 47 (1), 45-50.
- Antoni, C. (2004). Gruppen- und Teamarbeit in der Industrie Erfahrungen und Konsequenzen für die Gestaltung. In C.O. Velmerig, K. Schattenhofer & C. Schrappner (Hrsg.), *Teamarbeit. Konzept und Erfahrungen – eine gruppendynamische Zwischenbilanz* (S. 45-58). Weinheim: Juventa.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Appel, M. & Kleine Schaars, W. (1999). *Anleitung zur Selbständigkeit. Wie Menschen mit geistiger Behinderung Verantwortung für sich übernehmen*. Weinheim: Beltz.
- Baier, D. & Boehnke, K. (2007). Subjektives Wohlbefinden im Kulturvergleich. In G. Trommsdorff & H.-J. Konradt (Hrsg.), *Anwendungsfelder der kulturvergleichenden Psychologie* (S. 463-488). Göttingen: Hogrefe.
- Baillod, J. & Schär Moser, M. (2003). Arbeitszufriedenheit, Belastungen und Qualität in der Pflege – Resultate aus einer Untersuchung im Kanton Bern. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (S. 213-234). Bern: Huber.
- Baltes, M.M. & Baltes, P.B. (Eds.) (1986). *The psychology of control and aging*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

- Bartelt, H. (2005). Stationär – dezentral – ambulant. In CBP (Hrsg.), *„Am Leben teilhaben“ – Dokumentation 100 Jahre Gründungsjubiläum VKELG-CBP* (S. 66–76). Freiburg: Caritas.
- Baudisch, W. (2000). Vom schweren Weg der Deinstitutionalisierung. In K. Bundschuh (Hrsg.), *Wahrnehmen – Verstehen – Handeln. Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert* (S. 241–247). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Baudisch, W., Claus, T. & Haug, K. (Hrsg.) (1999). *Wege aus der Isolation – zur Praxis der Enthospitalisierung*. Münster: Lit.
- Baumgartner, C. & Udris, I. (2005). Das „Züricher Model“ der Arbeitszufriedenheit – 30 Jahre „still going strong“. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde* (S. 111–134). Göttingen: Hogrefe.
- Beadle-Brown, J. & Kozma, A. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 3: Country Reports*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent. Zugriff am 22.02.2009, von http://ec.europa.eu/employment_social/index/country_report_comp_en.pdf
- Beck, A.T. (1967). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Philadelphia Press.
- Beck, C. (1997). Im Westen nichts Neues? Überlegungen zum Umgang mit Menschen, die wir „behindert“ nennen, im 20. Jahrhundert, *HEP-Informationen*, 2/1997, 6–29.
- Beck, I. (1992). Normalisierung und Lebensqualität: Zielperspektiven und Beurteilungsfragen. In Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Qualitätsbeurteilung und –entwicklung von Wohnrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung* (S. 11–36). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Beck, I. (1994). *Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen: Zielperspektiven und Bewertungsfragen*. Frankfurt: Peter Lang.
- Beck, I. (1996). Qualitätsentwicklung im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessenlagen. Zum Problem von Partizipation und Kontrolle in der Organisation von Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung. *Geistige Behinderung*, 35 (1), 3–17.
- Beck, I. (1998). Gefährdungen des Wohlbefindens schwer geistig behinderter Menschen. In U. Fischer, M.T. Hahn, C. Lindmeier, B. Reimann & M. Richardt (Hrsg.), *Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung* (S. 273–299). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Beck, I. (2000). *Das Konzept der Lebensqualität – Leitperspektive für den Wandel von institutionellen zur personalen Orientierung*. Vortrag gehalten auf dem Alsterdorfer Fachforum am 06.04.2000. Zugriff am 22.02.2009, von <http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/Beck.pdf>
- Beck, I. (2005a). Diagnostik und individueller Hilfebedarf. In B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 388–398). Göttingen: Hogrefe.
- Beck, I. (2005b). Evaluation des Lebensumfeldes. In B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 439–454). Göttingen: Hogrefe.
- Beck, I. (2009). Mündlicher Hinweis auf dem Werkstatttreffen „Hilfesysteme im Umbruch – Perspektiven auch für Menschen mit herausforderndem Verhalten?“ vom 13.–14.02.2009 in Münster.
- Beck, I. & König, A. (1994). Quality of life for mentally retarded people in Germany: An overview of theory and practice. In D. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities. International perspectives and issues* (pp. 103–125). Cambridge: Brookline Books.
- Beck, I. & Olleck, M. (2003). *Das FILIB-Handbuch. Texte und Materialien zur Erhebung von Aspekten der individuellen Lebensqualität im Bereich des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung*. Unveröffentlichtes Manuskript. Hamburg: Universität, Institut für Behindertenpädagogik, Arbeitsbereich Allgemeine Behindertenpädagogik.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Becker, P. (2001). Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung. In S. Höfling & O. Gieseke (Hrsg.), *Gesundheitsoffensive Prävention. Gesundheitsförderung und Prävention als un-*

- verzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik (S. 41-53). München: Hanns-Seidel-Stiftung.
- Beer, M., Eisenstat, R.A., Foote, N., Fredberg, T. & Norrgren, F. (2008). Der perfekte Chef. *Harvard Businessmanager*, August 2008, Produktnummer 200808020, 21-31.
- Behrens, J. & Zimmermann, M. (2006). Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (3), 165-172.
- Benz, D. (2002). *Motivation und Befinden bei betrieblichen Veränderungen*. Weinheim: Beltz.
- Berg, E., Evans, J., Mason, P., Speck, O., Bank-Mikkelsen, N.E., De Jong, G. & Roser, L.-O. (1982). *Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten. Neue Wege gemeindenaher Hilfen zum selbständigen Leben*. Kongressbericht der internationalen Tagung "Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft" vom 24.-26.03.1982 in München. Zugriff am 23.02.2009, von <http://bidok.uibk.ac.at/library/vif-selbstbestimmung.html>
- Berger, P.L. & Neuhaus, R.J. (1977). *To empower people. The role of mediating structures in public policy*. Washington: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Berglas, S., & Jones, E. E. (1978). Drug choice as a self-handicapping strategy in response to non-contingent success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 405-417.
- Bergold, J., Floeth, T. & Zimmermann, R.-B. (2001). Evaluation und Organisationsentwicklung des „Gesamtberliner Krisendienstes“. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 33, 71-86.
- Bergold, P., Ehlert, C., Meir-Korell, S., Schmidt, H. & Schreiner, W. (2001). *Übersetzung der PAS-ADD Checkliste von S. Moss, H. Prosser, H. Costello, S. Simpson & P. Patel*. Unveröffentlichtes Manuskript. Meckenbeuren: Stiftung Liebenau, St. Lukas-Klinik.
- Berner, H. & Rentzsch, S. (1989). *Freiheit und Geborgenheit. Studentisches Wohnen und psychische Erfahrung*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Bert, S. & Jiménez, P. (2005). Mitarbeiterzufriedenheit messen. *Personal*, 57 (7-8), 64-67.
- Biewer, G. (2000). Pädagogische und philosophische Aspekte der Debatte über Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 51 (6), 240-244.
- BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1998). *Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation*. Bonn: Bundesanzeiger.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006). *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*. Berlin: Bundesanzeiger.
- BMGS - Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): *Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe*. Berlin: Bundesanzeiger.
- BMJFFG - Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: Bundesanzeiger.
- Böhmer, S. & Ravens-Sieberger, U. (2005). Das Konzept der Lebensqualität in der gesundheitsbezogenen Forschung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 369-386). Göttingen: Hogrefe.
- Borchert, J., Knopf-Jerchow, H. & Dahbashi, A. (1991). *Testdiagnostische Verfahren in Vor-, Sonder- und Regelschulen. Ein kritisches Handbuch für Praktiker* (Testkurzdarstellung HKI Heidelberger-Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte: S. 30-32). Heidelberg: Asanger.
- Borg, I. (2000). *Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung. Theorie, Tools und Praxiserfahrungen* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Borries, C. (1986). Die Suche nach Freiheit und Geborgenheit: Widersprüche einer neuen Wirklichkeit in Paarbeziehungen. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 37 (5), 174-179.

- Bosch, E. (2005). „Wir wollen nur euer Bestes!“ Die Bedeutung der kritischen Selbstreflexion in der Begegnung mit Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Arbeitsbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bourdieu, P. (Hrsg.) (1998a). *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, P. (1998b). *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (2004). *Gegenfeuer*. Konstanz: UVK.
- Bowlby, J. (1972). *Mutterliebe und kindliche Entwicklung*. München: Reinhardt.
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung: therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Bradl, C. (1996). Enthospitalisierung im Rheinland. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 135-148). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bradl, C. (1996). Vom Heim zur Assistenz. Strukturelle Grenzen von "Selbstbestimmt Leben" im Heim. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 178-203). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bradl, C. & Steinhart, I. (Hrsg.) (1996). *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bradl, C. & Steinhart, I. (1996). Enthospitalisierung und Selbstbestimmung – neue Perspektiven trotz Kostendruck und Behindertenfeindlichkeit. Einleitende Bemerkungen. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 7-15). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Brandtstädter, J. & Greve, W. (1992). Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24 (4), 269-297.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1988). *Hartnäckige Zielverfolgung und Flexible Zielanpassung: Zur Explikation und altersvergleichenden Analyse assimilativer und akkommodativer Kontroll- und Bewältigungsstrategien* (Berichte aus der Arbeitsgruppe ‚Entwicklung und Handeln‘). Universität Trier.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology & Aging*, 5 (1), 58-67.
- Bremenkamp, W., Frommeyer, R. & Tscheuschner, W. (2003). *Skillstraining für Menschen mit Lernbehinderungen*. Unveröffentlichtes Manuskript. Westfälische Kliniken Lippstadt und Warstein, Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Allgemeine Psychiatrie, Station 31.
- Brodbeck, F., Anderson, N. & West, M. (2000). *TKI. Teamklima-Inventar. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Brodesser, M. (2000). Selbstbestimmung und Integration von Menschen mit Behinderung aus der Perspektive der Mitarbeiter/innen. In H. Franke & M. Westecker (Hrsg.), *Behindert Wohnen. Perspektiven und europäische Modelle für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen* (S. 49-52). Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Bruggemann, A., Groskurth, P. & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Schriften zur Arbeitspsychologie, Bd. 17. Bern: Huber.
- Brunstein, J.C. (1999). Persönliche Ziele und subjektives Wohlbefinden bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20 (1), 58-71.
- Brunstein, J.C. & Maier, G.W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47 (3), 146-160.
- Bruton, H.J. (1997). *On the search for well-being*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- BSASFF – Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (2001). *Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus den Bezirkskrankenhäusern Bayerns* (Forschungsbericht von W. Straßmeier, B. Lindmeier & K. Albrecht). München: Druckhaus Deutsch.

- Buber, M. (1983). *Ich und Du* (11., durchgesehene Aufl.). Heidelberg: Lambert Schneider.
- Buchinger, K. (2007). „Entinstitutionalisierung“ und ihre Folgen für Personen und soziale Systeme. In F. Lang & A. Sidler (Hrsg.), *Psychodynamische Organisationsanalyse und Beratung*. Einblicke in eine neue Disziplin (S. 153-175). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bullinger, M. (2000). Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In U. Ravens-Sieberer, A. Cieza, M. Bullinger, N. v. Steinbüchel & E. Pöppel (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin* (S. 13-24). Landsberg/Lech: Ecomed.
- Bulmahn, T. (2000). Das vereinte Deutschland – eine lebenswerte Gesellschaft? Zur Bewertung von Freiheit, Sicherheit und Gerechtigkeit in Ost und West. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 52 (3), 405-427.
- Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe in Kooperation mit den drei anderen Fachverbänden der Behindertenhilfe (1998). Positionspapier *Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung*. Reutlingen: Graphische Werkstätten.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.) (1997). *Selbstbestimmung. Kongressbeiträge*. Dokumentation des Kongresses „Ich weiß doch selbst, was ich will!“ vom 27.09.-01.10.1994 in Duisburg. Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Bundschuh, K. & Dworschak, W. (2003). *Leben in stationären Wohnformen für Erwachsene mit geistiger Behinderung. Eine Studie zu Lebenszufriedenheit, individuellen Entscheidungsmöglichkeiten, sozialem Netzwerk und Unterstützungsressourcen. Abschlussbericht*. Zugriff am 23.02.2009, von <http://www.stmas.bayern.de/behinderte/wohnen/proj-lequa.pdf>
- Busch, L. & Mannhaupt, G. (1994). Reflexion: Notwendigkeiten und Möglichkeiten entwicklungsorientierter Teamarbeit in der Betreuung Geistigbehinderter. *Behindertenpädagogik*, 33 (3), 252-269.
- Büssing, A. (1985). *Arbeitszufriedenheit – ein Artefakt? Eine Kritik der Arbeitszufriedenheitsforschung*. Forschungsbericht Nr. 47. Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück.
- Büssing, A., Bissels, T., Herbig, B. & Krüsken, J. (2000). Formen von Arbeitszufriedenheit im Experiment: Differentielle Auswirkungen auf die Beziehung von Wissen und Handeln. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44 (1), 27-37.
- Büssing, A., Herbig, B., Bissels, T. & Krüsken, J. (2005). Formen von Arbeitszufriedenheit und Handlungsqualität in Arbeits- und Nicht-Arbeitskontexten. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde* (S. 135-159). Göttingen: Hogrefe.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1999). Work stressors in nursing in the course of redesign: Implications for burnout an interactional stress. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 401-426.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2000). *Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse der Abschlussuntersuchung im Längsschnitt*. Bericht Nr. 47 des Lehrstuhls für Psychologie an der Technischen Universität München.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2003). Mitarbeiter- und Patientenorientierung im Krankenhaus: Implikationen für das Qualitätsmanagement aus Sicht der Arbeitspsychologie. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (S. 287-304). Bern: Huber.
- Candussi, K. & Fröhlich, W. (2005). Nueva – Nutzer(innen) evaluieren Dienste. Evaluation von Dienstleistungen im Wohnbereich für Menschen mit Lernschwierigkeiten. *Geistige Behinderung*, 44 (3), 204-208.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Castello, A. & Nestler J. (2004). Arbeitssituation pädagogischer MitarbeiterInnen in der Jugendhilfe. *Unsere Jugend*, 56 (6), 267-277.

- CBP – Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (2004). Selbstbestimmung, Teilhabe und Leben in der Gemeinde. Positionspapier des CBP für die Arbeit mit Erwachsenen. *Neue Caritas*, 22/2004, 25-28.
- Chamberlin, J. (2007). Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenenseite. In A. Knuf, M. Osterfeld & U. Seibert (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit* (S. 20-27). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Christensen, J.M. (1976). Ergonomics: Where have we been and where are we going: II. *Ergonomics*, 19, 287-300.
- Christiansen, G. (1999). *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA.
- Cicchetti, D. & Olsen, K. (1990): Borderline disorders in childhood. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology. Perspectives in developmental psychology* (pp. 355-370). New York: Plenum Press.
- Ciampi, L. (1997). *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck.
- Claasen, D. & Priebe, S. (2003). Deutschsprachige Versorgungsforschung – Was und wie wird berichtet? *Psychiatrische Praxis*, 30, 424-437.
- Covey, S.R. (2008). *Die sieben Wege zur Effektivität. Prinzipien für persönlichen und beruflichen Erfolg* (10. Aufl.). Offenbach: Gabal.
- Cummings, T. & Blumberg, M. (1987). Advanced manufacturing technology and work design. In T. Wall, C. Clegg & N. Kemp (Eds.), *The human side of advanced manufacturing technology* (pp. 37-60). Chichester: Wiley.
- Daig, I. & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16 (1-2), 5-23.
- Dalferth, M. (1996a). Aus der Psychiatrie in die Gemeinde. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 65 (2), 182-195.
- Dalferth, M. (1996b). Neue Chancen nach Langzeithospitalisierung. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 25 (5), 420-426.
- Dalferth, M. (1996c). Soziale Eingliederung von Menschen mit schwerster geistiger Behinderung und autistischen Verhaltensweisen aus der Psychiatrie in ein Kleinstheim. *Autismus*, 42, 4-8.
- Dalferth, M. (1997). Zurück in die Institutionen? Probleme der gemeindenahen Betreuung geistig behinderter Mensch in der USA, in Norwegen und Großbritannien. *Geistige Behinderung*, 36 (4), 344-357.
- Dalferth, M. (1999). Enthospitalisierung in westlichen Industrienationen am Beispiel der USA/Kalifornien, Norwegen und Schweden. In G. Theunissen & A. Lingg (Hrsg.), *Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung* (S. 88-113). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Dalferth, M. (2000). *Enthospitalisierung konkret*. Soziale Eingliederung von langzeithospitalisierten, schwerst geistig behinderten Menschen mit autistischen Verhaltensweisen in eine heilpädagogische Einrichtung. Ein Forschungsbericht zur Praxis der Enthospitalisierung. Heidelberg: Ed. S.
- Dalferth, M. (2007). Spiegelneuronen und Autismus. *Geistige Behinderung*, 46 (3), 215-231.
- DCV – Deutscher Caritasverband (Hrsg.) (1992). Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung – Begründung und Empfehlungen. Unser Standpunkt Nr. 15 (3. wesentlich überarbeitete Auflage). Beihefte der Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft. *Caritas*, 2/1992.
- DCV – Deutscher Caritasverband (Hrsg.) (2004). *Gemeindeintegriertes und dezentrales Wohnen von Menschen mit Behinderung. Positionspapier*. Freiburg: Caritas.
- Deb, S., Matthews, T., Holt, G. & Bouras, N. (2001). *Practice Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability*. Brighton: Pavilion.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39, 223-238.
- Dederich, M. (2009). *Märkte – Waren – Kunden oder: Die Rückseite der Ökonomisierung*. Vortrag gehalten mit S. Schäper auf dem Werkstatttreffen "Hilfesysteme im Umbruch – Perspektiven auch für Menschen mit herausforderndem Verhalten?" vom 13.-14.02.2009 in Münster.
- DeGroef, J. (2006). Über eine Ökonomie der professionellen Selbstgabe. Vortrag gehalten auf der Fachtagung „Grenzgänger“ – Eine Herausforderung. Die Zukunft der Intensivbetreuung von geistig behinderten Menschen mit schweren psychischen Störungen, am 04.05.2006 im Landesmuseum Braunschweig. Neuerkerode: Ev. Stiftung Neuerkerode.
- DeJong, G. (1982). Independent Living: Eine soziale Bewegung verändert das Bewußtsein. In E. Berg et al., *Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten. Neue Wege gemeindenaher Hilfen zum selbständigen Leben*. Kongressbericht der internationalen Tagung "Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft" vom 24.-26.03.1982 in München. Zugriff am 23.02.2009, von <http://bidok.uibk.ac.at/library/vif-selbstbestimmung.html>
- Department of Health (1989). *Homes are for living in*. London: HMSO.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2002). *Der aktuelle Begriff*. Berlin: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages.
- DHG – Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hrsg.) (2008). *Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe*. Dokumentation der DHG-Tagung vom 03.-05.12.2007 in Bonn. Bonn / Jülich: DHG.
- Dieckmann, F. (2002). *Wohnalltag und Kontaktchancen Behinderter. Ein Vergleich unterschiedlich zusammengesetzter Wohngruppen*. Heidelberg: Asanger.
- Dieckmann, F. & Haas, G. (Hrsg.) (2007). *Beratende und therapeutische Dienste bei geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dieter, M., Neubauer, G. & Theunissen, G. (1999). Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine vergleichende Studie zwischen Österreich und der Schweiz. *Geistige Behinderung*, 38 (4), 326-337.
- Doering, W., Doering, W., Dose, G. & Stadelmann, M. (Hrsg.) (1996). *Sinn und Sinne im Dialog*. Dokumentation zum Kongreß vom 02.-04.03.1995 in Marburg. Dortmund: Borgmann.
- Döllein, J.E. (2008). *Gesundheitspolitik: Was derzeit wirklich passiert*. Zugriff am 25.02.2009, von <http://www.nachdenkseiten.de/?p=2965>
- Dorman, C., Zapf, D. & Isic, A. (2002). Emotionale Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call Center-Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 46, 201-215.
- Dörner, K. (1993). *Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens*. Gütersloh: Jakob van Hoddiss.
- Dörner, K. (Hrsg.) (1998a). *Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie*. Gütersloh: Jakob van Hoddiss.
- Dörner, K. (1998b). *Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig*. Zugriff am 15.02.1998, von http://www.ev-stift-gymn.guetersloh.de/klinik/doerner_aufsatz.html
- Dörner, K. (1999). Ende der Enthospitalisierung? *Geistige Behinderung*, 38 (4), 311-318.
- Dörner, K. (2000): Selbstbestimmung durch Auflösung der Heime? In VKELG (Hrsg.), *„Selbstbestimmung muss das sein?“* Dokumentation der Arbeitstagung vom 18.-20.01.2000 in Heiligenstadt (S. 15-26). Freiburg: CBP.
- Dörner, K. (2001). Rückblick auf die Deinstitutionalisierung in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. In SHL – Stiftung Haus Lindenhof (Hrsg.), *Auf zu neuen Ufern. Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung und Deinstitutionalisierung*. Dokumentation der Tagung am 11.10.2001 in Schwäbisch Gmünd. Schwäbisch Gmünd: Stiftung Haus Lindenhof.
- Dörner, K. (2002). Vorstellung der Initiative "Enquête der Heime". In B. Röttger-Liepmann & E. Hopfmüller (Hrsg.), *Initiative zur Einrichtung einer "Enquête der Heime"*. Dokumentation einer Tagung des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld am 21.03.2002 (S. 3-

- 8). Zugriff am 28.02.2009, von <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-117.pdf>
- Dörner, K. (2003). Auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft. *Impulse*, 27/2003, 26-29. Zugriff am 23.02.2009, von <http://bidok.uibk.ac.at/library/imp27-03-doerner-gesellschaft.html>
- Dörner, K. (2004). Das Handeln psychosozialer Profis zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld. *Soziale Psychiatrie*, 3/2004, 37-42.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt: Fischer.
- Dosen, A. (1997). *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Stuttgart: G. Fischer.
- Dreyer, A., Göbel, M., Reile, E., Schlüter, H. & Wahler, O. (1981). *Warum nicht so? Geistigbehinderte in Dänemark*. Solms-Oberbiel: Jarick Oberbiel.
- Drolshagen, B. (1998). Selbstbestimmung und Hilfeabhängigkeit. Ein unlösbarer Widerspruch oder eine alternative Lebensform? *Soziale Arbeit*, 47, 10-16.
- Droste, T. (2000). Leitlinien für die Enthospitalisierung schwer geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie. *Geistige Behinderung*, 39 (2), 125-137.
- Dworschak, W., Wagner, M. & Bundschuh, K. (2001). Das Konstrukt "Lebensqualität" in der Geistigbehindertenpädagogik. Zur Analyse eines "neuen" Leitbegriffs und Möglichkeiten der systematischen Erfassung bzw. Evaluation. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 52 (9), 368-375.
- Eggert, D., Reichenbach, C. & Bode, S. (2003). *Das Selbstkonzept Inventar (SKI) für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter*. Dortmund: Borgmann.
- Egli, J. (1996). Gestaltete Lebensräume. Enthospitalisierung in der Schweiz. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 102-113). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ehrlich, C. & Lange, Y. (2006). Zufrieden statt motiviert. *Personal*, 58 (4), 24-28.
- Eichhorn, C. (2004). Geschlechtliche Teilung der Arbeit. Eine kritische Durchsicht der feministischen Ansätze seit der neuen Frauenbewegung. *Jungle World*, 12/2004 vom 10.03.2004.
- Eisenberger, J. (1999). USTA-Problemaufriss: Variablen Mitarbeiter/-innen und Leitung. In J. Eisenberger, M.T. Hahn, C. Hall, A. Koepp & C. Krüger (Hrsg.), *Das Normalisierungsprinzip - vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 157-173). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Elbing, U. (1996). *Nichts passiert aus heiterem Himmel...es sei denn, man kennt das Wetter nicht - Transaktionsanalyse, Geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen*. Dortmund: Borgmann.
- Elbing, U. (2002). Massive Selbst- und Fremdgefährdung: Gestaltungsschwerpunkte und Prozessmerkmale nachhaltiger Veränderung. *Geistige Behinderung*, 41, 46-59.
- Elbing, U. & Glasenapp, J. (2005). Persönlichkeits-, Beziehungs- und systemische Diagnostik. In B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 91-112). Göttingen: Hogrefe.
- Elbing, U., Glasenapp, J., Moschner, B. & Rohmann U.H. (1999). Spiegeln als Mittel der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Überblick. *Geistige Behinderung*, 38, 338-347.
- Elbing, U., Glasenapp, J., Moschner, B. & Rohmann, U.H. (2000). Mikroanalyse wechselseitiger Nachahmungsprozesse in der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung. *Heilpädagogische Forschung*, 26, 58-67.
- Elbing, U. & Letzgus, G. (1995). Kompakt-Therapie-Programm für verhaltensgestörte Geistigbehinderte. *Jugendwohl*, 76, 327-337.
- Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1992). Das Kompakt-Therapie-Programm zur Behandlung autistisch und geistig Behinderter mit schweren Verhaltensstörungen im vollstationären Bereich. In Lebenshilfe für geistig Behinderte. Landesverband NRW e.V. (Hrsg.), *Annehmen und Verstehen -*

- Förderung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen*. Band 2 (S. 328-337). Hürth: Lebenshilfe.
- Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1993). Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen oder psychotischen Verhaltensweisen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 248-260.
- Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1994a). Auswirkungen eines Intensivtherapieprogramms für verhaltensgestörte Geistigbehinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43, 90-97.
- Elbing, U. & Rohmann, U.H. (1994b). Wechselseitige Imitations- und Modellierungsprozesse in der Behandlung von schweren Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten. *Heilpädagogische Forschung*, 20, 118-126.
- Emerson, E. & Hatton, C. (1996). Impact of deinstitutionalization on service users in Britain. In J. Mansell & K. Ericsson (Eds.), *Deinstitutionalization and community living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA* (pp. 169-184). London: Chapman & Hall.
- Emery, F.E. (1967). Analytical model für socio-technical systems. Adress to the International Conference on Sociotechnical Systems, Lincoln. Abgedruckt in F. Emery (Ed.), *The emergence of a new paradigm of work* (pp. 95-106). Canberra: Australian National University.
- Emrich, C., Gromann, P. & Niehoff, U. (2006). Persönliche Zukunftsplanung. Mehr Lebensqualität ist das Ziel! *Geistige Behinderung*, 45 (3), 188-199.
- Engelmeyer, E. (2005). *Das eigene Leben in die Hand nehmen. Mitglieder der People-First-Bewegung erzählen über Selbstbestimmung von „behinderten“ Menschen*. Kassel: Kassel University Press.
- Epstein, S. (1979). Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In S.H. Filip (Hrsg.), *Selbstkonzept-Forschung* (S. 15-43). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erdheim, M. (1986). Der Verenden einer Institution. *Psyche*, 40 (12), 1092-1104.
- Ernst, H. (1996). *Psychotrends. Das Ich im 21. Jahrhundert*. München: Piper.
- Escalera, C. (2001). Veränderung und Stabilisierung des Selbst als Voraussetzung für Veränderung und Stabilisierung des Anderen. *Geistige Behinderung*, 40, 379-389.
- Fabian, A.S. (1996). *Arbeitszufriedenheit bei Betreuern geistig behinderter Menschen*. München: Profil.
- Fachdienst der Lebenshilfe (1996). *Enthospitalisierung oder Umhospitalisierung?* 3/1996, 21-23.
- Faßmann, H. & Grillenberger, R. (1996). Burnout bei Pflegepersonen von Schwerpflegebedürftigen. *Report Psychologie*, 21, 788-798.
- Faßnacht, G. (1995). *Systematische Verhaltensbeobachtung*. München: Reinhardt.
- Feil, N. (1992). *Validation*. Stuttgart Kohlhammer.
- Fengler, C. & Fengler, T. (1994). *Alltag in der Anstalt*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fengler, J. (2001). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation* (6. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ferber, C. v. (1989). Zukunftsorientierte Politik für behinderte Menschen. In I. Beck & W. Thimm (Hrsg.), *Integration heute und morgen*. Kongreßbericht der REHA '89. Düsseldorf.
- Ferreira, Y. (2007). Evaluation von Instrumenten zur Erhebung der Arbeitszufriedenheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 61 (2), 87-94.
- Feuser, G. (2006). *Advokatorische Assistenz für Menschen mit Autismus-Syndrom und/oder geistiger Behinderung*. Vortrag gehalten im Rahmen der Impulsveranstaltung "Integration und Selbstbestimmung" der Autismushilfe Fachstelle Ostscheiz, St. Gallen, am 17.05.2006. Zugriff am 23.02.2009, von <http://bidok.uibk.ac.at/library/feuser-advokat.html>
- FIB (Hrsg.) (1995). *Leben auf eigene Gefahr. Geistig Behinderte auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Leben*. München: AG-Spak-Bücher.
- Fischbach, A. (2003). *Determinants of Emotion Work*. Göttingen: Georg-August-Universität. Zugriff am 23.02.2009, von <http://webdoc.sub.gwdg.de/diss/2003/fischbach/fischbach.pdf>

- Fischer, L. (1989). *Strukturen der Arbeitszufriedenheit. Zur Analyse individueller Bezugssysteme*. Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, L. (2005). *Arbeitszufriedenheit. Konzept und empirische Befunde* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, L. & Belschak, F. (2005). Objektive Arbeitszufriedenheit ? Oder: Was messen wir, wenn wir nach der Zufriedenheit mit der Arbeit fragen ? In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde* (S. 80-108). Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, L. & Fischer, O. (2005). Arbeitszufriedenheit: Neue Stärken und alte Risiken eines zentralen Konzepts der Organisationspsychologie. *Wirtschaftspsychologie*, 7 (1), 5-20.
- Fischer, L. & Fischer, O. (2007). Sind zufriedene Mitarbeiter gesünder und arbeiten sie härter? Fragestellungen und Traditionen der Forschung zur Arbeitszufriedenheit. *Personalführung*, 40 (3), 20-32.
- Flechtner, K.-M., Wolf, T. & Priebe, S. (1997). Suizidraten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem. *Der Nervenarzt*, 68 (7), 569-573.
- Forrester, V. (1997). *Der Terror der Ökonomie*. Wien: Paul Zsolnay.
- Foucault, M. (1973). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1978). *Von der Subversion des Wissens*. Frankfurt: Ullstein.
- Fraenkel, M.-B. (1996). Enthospitalisierung als Herausforderung für Pflegekräfte. Erfahrungen im AWO-Zentrum Dosse-Park, Wittstock (Brandenburg). In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 114-134). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Franke, G.H. (2006). Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik gesundheitsbezogener Lebensqualität. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf* (S. 121-140). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Franz, M., Kilian, R., Pukrop, R., Salize, H.J., Konnopka, A., Günther, O.H., Angermeyer, M.C., König, H.-H., Schmid, R., Neuner, T., Cording, C., Spieß, H., Meyer, T., Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., Laupichler, K., Seifert, J., Müller-Isberner, R., Freese, R. & Czekalla, J. (2006). Themenschwerpunkt: Lebensqualität (mit 12 Einzelbeiträgen). *Psychiatrische Praxis*, 33 (7), 309-357.
- Franz, M., Meyer, T., Ehlers, F. & Gallhofer, B. (2002). Schizophrene Patienten, die trotz Dekaden der Enthospitalisierung in den psychiatrischen Krankenhäusern verblieben sind. Teil 1 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 29, 245-250.
- Freud, S. (1937/1975). Die endliche und unendliche Analyse. In S. Freud (1975), *Studienausgabe. Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik* (S. 351-392). Frankfurt: Fischer.
- Frey, D. (2000). Kommunikations- und Kooperationskultur aus sozialpsychologischer Sicht. In H. Mandl & G. Reinmann-Rothmeier (Hrsg.), *Wissensmanagement. Informationszuwachs – Wissensschwund? Die strategische Bedeutung des Wissensmanagements* (S. 73-92). München: Oldenbourg.
- Frühauf, T. (1997). Förderung von Selbständigkeit und Autonomie im Vorschulalter. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Selbstbestimmung. Kongressbeiträge. Dokumentation des Kongresses „Ich weiß doch selbst, was ich will!“ vom 27.09.-01.10.1994 in Duisburg* (S. 299-311). Marburg: Lebenshilfe.
- Funke, G., Kühn, R. & Stachura, R. (2006). *Existenzanalyse und Lebensphänomenologie. Bericht aus der Praxis*. Freiburg: Alber.
- Gaarder, J. (1993). *Sofies Welt*. München: Hanser.
- Gaedt, C. (1981). Einrichtungen für Ausgeschlossene oder „Ein Ort zum Leben“ – Überlegungen zur Betreuung geistig Behinderter. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 7 (S. 96 -109), AS 73, Berlin: Argument Verlag.
- Gaedt, C. (1987). *Normalisierung. Anmaßung – Anpassung – Verweigerung. Aufsätze und Vorträge*. Neuerkeröder Beiträge Bd. 2. Neuerkerode: Ev. Stiftung Neuerkerode.

- Gaedt, C. (Hrsg.) (1990). *Selbstentwertung – depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Vorträge anlässlich des 4. Neuerkeröder Forums am 08. und 09.06.1990. Ev. Stiftung Neuerkerode.
- Gaedt, C. (1992a). Die vermeidbare Entwicklung von Schwerbehindertenzentren. Ein Plädoyer für Großeinrichtungen im System der Wohnangebote für geistig Behinderte. *Geistige Behinderung*, 31, 94-106.
- Gaedt, C. (1992b). Erwiderung zu der Stellungnahme von Gerhard Haack. *Geistige Behinderung*, 31, 237-238.
- Gaedt, C. (1995). *Geistige Behinderung und psychische Störungen. Vorlesungsmanuskript*, Medizinische Hochschule Hannover, 1994/1995. Zu Beziehen über das Krankenhaussekretariat der Evangelischen Stiftung Neuerkerode, 38173 Sickinge.
- Gaedt, C. (2007). *Orte zum Leben. Eine Wiederannäherung*. Vortrag gehalten anlässlich der 2. Leitungstagung der Evangelischen Stiftung Neuerkerode im Kloster Drübeck am 02.02.2007. Zugriff am 20.02.2009, von <http://www.christian-gaedt.com/>
- Gaedt, C. & Gärtner, D. (1990). Depressive Grundprozesse – Reinszenierungen der Selbstentwertung. In C. Gaedt (Hrsg.), *Selbstentwertung – depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Vorträge anlässlich des 4. Neuerkeröder Forums am 08. und 09.06.1990 (S. 25-48). Ev. Stiftung Neuerkerode.
- GEB – Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung (2003). In eigener Sache. *Erwachsenenbildung und Behinderung*, 15, 47.
- Gebert, D. & Rosenstiel, L.v. (1981). *Organisationspsychologie : Person und Organisation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Giardini, A. & Frese, M. (2006). Eigeninitiative als Konzept positiven Verhaltens in Organisationen. In M. Ringlstetter, S. Kaiser & G. Müller-Seitz (Hrsg.), *Positives Management. Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organizational Scholarship* (S. 53-70). Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Giese, F. (1927). Methoden der Wirtschaftspsychologie. In E. Abderhalden (Hrsg.), *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden, Abt. VIC, Bd. 2*. Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Giese, T., Hofmann, C. & Overbeck, A. (2002). Subjektive Theorien von Menschen mit geistiger Behinderung. Narrationen und Selbstbeschreibungen als Zugang zu Wirklichkeitskonstruktionen von Menschen mit geistiger Behinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 53 (5), 183-193.
- Glasenapp, J. (o.J.). *Die Erfassung von Arbeitszufriedenheit bei Professionellen der Behindertenhilfe im Längsschnitt*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Glasenapp, J. (1996). *Spiegeln – Explorative Analyse einer Therapieform für Menschen mit geistiger Behinderung*. Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- Glasenapp, J. (2003). Wenn die Beziehung ins Wanken gerät. *Orientierung*, 2003 (3), 19-21.
- Glasenapp, J. (2006). *Grenzenlossetzen und Erfahrungserweiterer. IntensivgruppenmitarbeiterInnen und ihre Grenzen oder IntensivgruppenmitarbeiterInnen – ein "unmöglicher" Beruf*. Vortrag gehalten auf der Fachtagung „Grenzgänger“ – Eine Herausforderung. Die Zukunft der Intensivbetreuung von geistig behinderten Menschen mit schweren psychischen Störungen, am 05.05.2006 in der Ev. Stiftung Neuerkerode.
- Glasenapp, J. (2008). *Menschen im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit oder LehrerIn – ein "unmöglicher" Beruf*. Vortrag gehalten auf der Fachtagung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Mitgliedsschulen und vorschulischen Einrichtungen im BEB „Manchmal könnt' ich dich ...?!“ vom 15.-18.04.2008 in Freising.
- Glasenapp, J. & Elbing, U. (2007). Tal, Berg und Kugel. Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und Professionelle im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. *Orientierung*, 2/2007, 9-12.
- Glasenapp, J., Elbing, U., Moschner, B. & Rohmann U.H. (2000). Explorative Mikroanalyse von Prozessen der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. *Heilpädagogische Forschung*, 26, 132-142.

- Glaserapp, J. & Kirsten, N. (2002). Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung – ein Überblick. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34, 33-42
- Glaserapp, J. & Schweizer, A. (2005). Fragen an Menschen mit Behinderungen. In B. Pfeil, B. Lengel, H. Sorg, R. Tödter & C. Wochner-Luik (Hrsg.), *Ich diene mir selbst. Selbstbestimmung und Teilhabe. Moderne Konzepte der Behinderten- und Altenhilfe in der Stiftung Haus Lindenhof* (S. 49-61). Freiburg: Lambertus.
- Glaserapp, J., Schwitzer, D. & Hönig, T. (2004). "Ampelprogramm für Schwierigkeiten im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern". Ein Beispiel für eine einrichtungsinterne Krisenintervention aus der Stiftung Haus Lindenhof, Schwäbisch Gmünd. In E. Wüllenweber & G. Theunissen (Hrsg.), *Handbuch Krisenintervention, Band II: Methoden und Konzepte bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Praxisbegleiter* (S. 255-262). Stuttgart: Kohlhammer.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Goeke, S., Jerg, J., Merz-Atalik, K., Thalheim, S., Thümmler, R. & Tiemann, H. (2007). *"Entgrenzung – Neue Impulse für gegenwärtige Fragen im Kontext der Integration und Inklusion" – Tagungsschreibung*. Ludwigsburg: Pädagogische Hochschule.
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Göpel, E. (1991). Grenzen und Möglichkeiten der Präventionsanstrengungen im Bereich Gesundheit – mit Aus- und Seitenblicken auf die Aids-Kampagne. In Schweizer Bundesamtes für Gesundheit (Hrsg.), *Stop Aids. Möglichkeiten und Grenzen der Präventionsstrategien im Gesundheitsbereich am Beispiel Aids*. Symposium-Bericht. Zürich. Zugriff am 23.02.2009, von <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/mitarbeiter/goepel/veroeff/37.Grenzen.d.Praev.in-der-Gesundheit.pdf>
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greving, H. & Gröschke, D. (Hrsg.) (2000). *Geistige Behinderung – Reflexionen zu einem Phantom. Ein interdisziplinärer Diskurs um einen Problembegriff*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Gromann, P. (1998). Die Problematik der Beurteilung von Wohlbefinden aus der Außenperspektive – Schwierigkeiten der „Messung“ von subjektiver Lebensqualität. In U. Fischer, M.T. Hahn, C. Lindmeier, B. Reimann & M. Richardt (Hrsg.), *Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung* (S. 254-270). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Gromann, P. & Niehoff-Dittmann, U. (1999). Selbstbestimmung und Qualitätssicherung. Erfahrungen mit der Bewertung von Einrichtungen durch ihre Bewohner. *Geistige Behinderung*, 38, 156-164.
- Gromann, P. & Niehoff-Dittmann, U. (2000). Kleines Handbuch zur Bewohnerbefragung in Wohnstätten. In Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *NutzerInnenorientierung – wie geht das im Alltag?* Ergebnisdokumentation des Workshops vom 29.-31.08.2000 in Marburg. Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Gromann, P. & Schiller, B. (1988). Zurück in die Gemeinde. Alternativen zur Langzeiteinrichtung Kloster Blankenburg. *Geistige Behinderung*, 27 (1), 52-57.
- Gromann-Richter, P. (1991). *Was heißt hier Auflösung?* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gröschke, D. (2004). *Betreuer, Assistent oder Dienstleister? Fachlichkeit und Kompetenzprofile in der öffentlichen Behindertenhilfe*. Dokumentation der Fachtagung der CBP – "Selbstbestimmung. Teilhabe, Leben in der Gemeinde" am 10. und 11.11.2004 in Berlin. Freiburg: CBP.
- Groß, C. & Pöhlmann, K. (2004). *Traumatisierung und Burnout im Rettungsdienst*. Lage: Lippe.
- Gross, W. (1996). Schöne neue Arbeitswelt: Die alltägliche Überforderung zwischen „Lean-Management“ und „Mobbing“. *Report Psychologie*, 21, 289-295.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2005). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Grunewald, K. (2004). Gemeindenahes Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung. *Soziale Arbeit*, 53 (3), 103-108.
- Gulowsen, J. (1972). A measure of work group autonomy. In L.E. Davis & J.C. Taylor (Eds.), *Design of jobs* (pp. 374-390). Harmondsworth: Penguin.
- Günzburg, H.C. (1988). *PAC – Pädagogische Analyse und Curriculum der sozialen und persönlichen Entwicklung des geistig behinderten Menschen*. Göttingen: Hogrefe – Testzentrale.
- Gussone, B. & Schiepek, G. (2000). *Die "Sorge um sich". Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Haack, G. (1992). Die vermeidbare Entwicklung von Schwerbehindertenzentren – Eine Stellungnahme zu dem gleichnamigen Beitrag von Christian Gadt in Ausgabe 2/92. *Geistige Behinderung*, 31 (3), 234-237.
- Haas, S. (2001). Grenzen und Gefahren der Enthospitalisierung chronisch Kranker. *Krankenhauspsychiatrie*, 12 (Sonderheft 2), 573-578.
- Hacker, W. (1987). Software-Ergonomie: Gestalten rechnergestützter Arbeit? In W. Schönplüg & M. Wittstock (Hrsg.), *Software Ergonomie '87: Nützen Informationssysteme dem Benutzer?* (S. 31-54). Stuttgart: Teubner.
- Hacker, W. & Richter, P. (1980). *Psychologische Bewertung von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen – Ziele und Bewertungsmaßstäbe. Spezielle Arbeits- und Ingenieurspsychologie in Einzeldarstellungen* (Hrsg. W. Hacker), *Lehrtext 1*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Hacker, W., Schroda, F., Riemer, S. & Ishig, A. (2000). *Forschungsprojekt Gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung*, Projektberichte, Heft 3, Institut für Allgemeine Psychologie, Biopsychologie und Methoden der Psychologie an der Technischen Universität Dresden.
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-170.
- Haeberlin, U. (1996). Selbständigkeit und Selbstbestimmung für alle – pädagogische Vision und gesellschaftliche Realität. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 47, 486-492.
- Hagen, J. (2002). Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. *Geistige Behinderung*, 41 (4), 293-306.
- Hagen, J. (2007). Und es geht doch! Menschen mit einer geistigen Behinderung als Untersuchungspersonen in qualitativen Forschungszusammenhängen. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 76 (1), 22-34.
- Hager, W. (2001). Qualitätskontrolle & Evaluation. *Report Psychologie*, 26, 26-31.
- Hahn, M.T. (1981). *Behinderung als soziale Abhängigkeit. Zur Situation schwerbehinderter Menschen*. München: Reinhardt.
- Hahn, M.T. (1987). Selbstbestimmung bei Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen. In Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte (Hrsg.), *Pädagogische Förderung schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher* (S. 56-65). Emden: Ostfriesische Beschützende Werkstätten.
- Hahn, M.T. (1994). Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, 33, 81-94.
- Hahn, M.T. (2006). Wohlbefinden bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung unter dem Aspekt ihrer Wohnsituation. In SHL – Stiftung Haus Lindenhof (Hrsg.), *Dokumentation der ZAC Tagung am 04.04.2006 in Schwäbisch Gmünd*. Schwäbisch Gmünd: Stiftung Haus Lindenhof.
- Hahn, M.T., Eisenberger, J., Hall, C., Koepf, A. & Krüger, C. (2003). *Die Leute sind ja draußen aufgeblüht... Zusammenfassende Gesamtdarstellung des Projektes USTA*. Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Hahne, A. (2006). Falsche Behutsamkeit – Konflikte als Motor des Wandels. In J. König, C. Oerthel & H.J. Puch (Hrsg.), *Mehrwert des Sozialen – Gewinn für die Gesellschaft*. Kongress-Dokumentation der ConSozial 2006 (S. 45-58). München: Allitera. Zugriff am 23.02.2009, von <http://fuersorgetag-consozial.de/AFTP/kongress-doku/ConSozial-2006-Hahne.pdf>

- Haken, H. (1982). *Synergetik*. Berlin: Springer.
- Halfar, B. & Kunze, J. (2008). Von der Pflegesatzlogik zum Betriebsergebnis – Kostenmanagement in der Hilfe für Menschen mit Behinderung. In J. König, C. Oerthel & H.-J. Puch (Hrsg.), *In Soziales investieren. Mehr Werte schaffen. ConSozial 2007* (S. 333-337). München: Allitera Verlag.
- Halisch, F. & Geppert, U. (2000). Wohlbefinden im Alter: Der Einfluss von Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien und persönlichen Zielen. Ergebnisse aus der Münchener GOLD-Studie. In F. Försterling, J. Stiensmeier-Pelster & L.-M. Silny (Hrsg.). *Kognitive und emotionale Aspekte der Motivation* (S. 121-152). Göttingen: Hogrefe.
- Halisch, F., Geppert, U. (2001). Motives, personal goals, and life satisfaction in old age First results from the Munich Twin Study (GOLD), In A. Efklides, J. Kuhl & R.M. Sorrentino (Eds.), *Trends and prospects in motivation research* (S. 389-409). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Hall, C. (1998). Entwicklungsstand der Bewohner/-innen und seine Dokumentation. In J. Eisenberger, M. T. Hahn, C. Hall, A. Koepp, C. Krüger & B. Poch-Lisser (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg in die Gemeinde. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 182-189). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Hall, C. (1999). USTA-Problemaufriss: Variable Bewohner/-innen. In J. Eisenberger, M. T. Hahn, C. Hall, A. Koepp & C. Krüger (Hrsg.). *Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 99-119). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Handke, H. (2000). Teilhabe – Integration – Selbstbestimmung aus Sicht des Trägers: Lebenswege Berlin gGmbH. In H. Franke & M. Westecker (Hrsg.). *Behindert Wohnen. Perspektiven und europäische Modelle für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen* (S. 53-58). Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Hansen, M. & Heindl-Opitz, S. (2005). An der Grenze zwischen Freiheit und Sicherheit. Elternarbeit aus gestalttherapeutischer Sicht. *Gestalttherapie*, 19 (2), 101-112
- Hardt, M. (2002). Interview mit Michael Hardt. *Die weisse Blatt*, 03/2002. Zugriff am 28.02.2009, von <http://www.dieweisseblatt.org/subversion.html>
- Hardt, M. & Negri, A. (2002). *Empire. Die neue Weltordnung*. Frankfurt: Campus.
- Hardt, M. & Negri, A. (2004). *Multitude. Krieg und Demokratie im Empire*. Frankfurt: Campus.
- Hartmann, H. (1986). Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 35, 242-247.
- Hartmann, H. (1990). Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie bei aggressiven Kindern – mehr als eine Körpertherapie. In S. Dzikowski & C. Arens (Hrsg.), *Autismus heute*. Band 2 (S. 87-101). Dortmund: Borgmann.
- Haug, H.-J. & Rössler, W. (1999). Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249 (3), 115-122.
- Häussler, M., Wacker, E. & Wetzler, R. (1996). *Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten*. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (Bd. 65 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos.
- Häussler-Sczegan, M. (1998). *Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147, 1). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien* (4., überarbeitete und ergänzte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Haveman, M., Michalek, S., Hölscher, P. & Schulze, M. (2000). Selbstbestimmt älter werden. Ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung zur Vorbereitung auf Alter und Ruhestand, *Geistige Behinderung*, 39 (1), 56-62.

- Heidenreich, T. (2008). *Balance von Akzeptanz und Veränderung als zentrale therapeutische Kompetenz*. Vortrag gehalten auf den Stuttgarter Therapietagen am 26.09.2008, Stuttgart.
- Heinrich, M. & Spengler, G. (2007). Wozu Leitbilder? Wie durch ein Leitbild die gemeinsame Ausrichtung in Organisationen gefördert werden kann. *Organisationsentwicklung*, 26 (2), 14-21.
- Heißler, M. (1996). Enthospitalisierung – eine unendliche Geschichte. Menschen Mut machen, die Anstalt zu verlassen. *Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit*, 143, 188-191.
- Helmkamp, S. (2000). *Befragung schwerbehinderter Menschen in der Tagesförderung – zum Verfahren der stellvertretenden Beantwortung*. Zugriff am 20.02.2009, von [http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/Helmkamp\(1\).pdf](http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/Helmkamp(1).pdf)
- Hennicke, K. (1999). „Wer ist Täter, wer ist Opfer?“ Spiralen der Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe und wie sie zu unterbrechen sind. In M. Seidel & K. Hennicke (Hrsg.), *Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 147-187). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Henning, K. & Sanders, E.-M. (2004). Partizipation und Empowerment als Chance für die Work Life Balance, In M. Kastner (Hrsg.), *Die Zukunft der Work-Life-Balance. Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren?* (S. 323-341). Kröning: Asanger.
- Hermann, J. (2006). Normales Altern unnormale? Ruhestand in der stationären Behindertenhilfe. *Geistige Behinderung*, 45 (3), 229-240.
- Herriger, N. (1997). *Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herriger, N. (2007). Empowerment von Menschen mit Behinderungen – eine kritische Reflexion. In IDEAL e.V. – Integration Durch Ein Aktives Leben (Hrsg.), *Dokumentation der Fachtagung 'Empowerment & Inklusion. Schlagworte oder realistische Perspektive? Lösungswege für die Praxis der Behindertenhilfe'* (S. 9-16) vom 19.-20.04.2007 in Halle (Saale). Zugriff am 21.03.2008, von <http://www.empowerment-und-inklusion.de>
- Herschbach, P. (2002). Das "Zufriedenheitsparadox" in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52 (3-4), 141-150.
- Herzberg, F. (1968). *Work and the nature of man*. London: Staples.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: Wiley.
- Hinz, A. (2002). Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 53 (9), 354-361.
- Hirsch, M. (2006). *Das Haus Symbol für Leben und Tod, Freiheit und Abhängigkeit*. Gießen: Psycho-sozial-Verlag.
- Hochschild, A.R. (1990). *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt: Campus.
- Hoering, S., Kühl, S. & Schulze-Fielitz, A. (2001). Homogenität und Heterogenität in der Gruppenzusammensetzung. Eine mikropolitische Studie über Entscheidungsprozesse in der Gruppenarbeit, *Arbeit*, 10 (4), 331-351.
- Hofe, J. v. (1999). Wo alle Mauern fallen. Hephata: Eine Anstalt löst sich auf, *Das Magazin*, 3/1999, 14-21.
- Hofe, J. v. (2000). Behindert Wohnen – Perspektiven für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. In H. Franke & M. Westecker (Hrsg.), *Behindert Wohnen. Perspektiven und europäische Modelle für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen* (S. 157-160). Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Hoffmann, C. (1998). Enthospitalisierung oder Umhospitalisierung? Am Beispiel der neuen Länder. In G. Theunissen (Hrsg.), *Enthospitalisierung – ein Etikettenschwindel? Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe* (S. 109-153). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hoffmann, C. (1999). Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung – Einführung in die Leitterminologie. In G. Theunissen & A. Lingg (Hrsg.), *Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung: Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung* (S. 16-27). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

- Hoffmann, K. (1999). The use of quality of life measures for service inmental health care. In S. Priebe, J.P. Oliver & W. Kaiser (Eds.), *Quality of life and mental health care* (pp. 49-65). Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing.
- Hoffmann, K. (2003). *Enthospitalisierung und Lebensqualität. Ergebnisse aus der Berliner Enthospitalisierungsstudie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hoffmann, K., Isermann, M., Kaiser, W. & Priebe, S. (2000). Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung. Teil IV der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 27 (4), 183-188.
- Hofmann, C. (2001). Selbstkonzept und geistige Behinderung: Zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 52 (8), 317-326.
- Hofmann, E. (2006). *Wege zur beruflichen Zufriedenheit*. Bern: Huber.
- Hölscher, M. (2003). Sicherheitsgefühl und Überwachung. Eine empirische Studie zu Einstellungen der Bürger zur Videoüberwachung und ihrer Erklärung. *Kriminologisches Journal*, 35 (1), 42-56.
- Holst, J. (2000). *Leben im Gemeinwesen und individuelle Hilfeplanung. Erfahrungen aus Dänemark*. Vortragsmanuskript. Kopenhagen: The Royal Danish School of Educational Studies.
- Holtz, K.-L. (1997). *Geistige Behinderung und Verhaltensstörungen – Bestandsaufnahme und Forderungen an ein Forschungsprogramm*. Unkorrigierte Fassung eines Vortrages anlässlich des Symposiums „Verhaltensstörung und geistige Behinderung“ am 10.-11.10.1997 an der Universität Oldenburg.
- Holtz, K.-L., Eberle, G., Hillig, A. & Marker, K.R. (1998). *HKI. Heidelberger Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte. Handbuch* (4. Aufl.). Heidelberg: Schindele.
- Hoyningen-Süess, U., Oberholzer, D. & Stalder, R. (2007). Lebensqualität als Zielperspektive sonderpädagogischen Handelns: Das Modell «sensiQoL». *Heilpädagogische Forschung*, 33, 88-96.
- Humburg, S. (2001). *Mitarbeitermotivation im Krankenhaus*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Iwanowa, A. (2006). Das Ressourcen-Anforderungen – Stressoren – Modell. In P. Sachse & W. G. Weber (Hrsg.), *Zur Psychologie der Tätigkeit* (S. 265-283). Bern: Huber.
- Jansen, G. (1999). Prozesse der Ausgliederung und der Integration. In J. Fengler & G. Jansen (Hrsg.), *Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie* (S. 284-304). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jantzen, W. (1997). Deinstitutionalisierung. *Geistige Behinderung*, 36 (4), 358-374.
- Jantzen, W. (1999a). Geistige Behinderung ist ein sozialer Tatbestand. Bemerkungen zu der Frage, an welchen anthropologischen Maßstäben sich die Diskussion um eine Eingliederung geistig behinderter Menschen zu orientieren hätte. In W. Jantzen, W. Lanwer-Koppelin, & K. Schulz (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung* (S. 197-215). Berlin: Marhold.
- Jantzen, W. (1999b). Qualitätssicherung in einer GroBeinrichtung. In W. Jantzen, W. Lanwer-Koppelin, & K. Schulz (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung* (S. 233-251). Berlin: Marhold.
- Jantzen, W. (2000). Deinstitutionalisierung in einer GroBeinrichtung – Methoden und Methodologie im Prozess der wissenschaftlichen Begleitung, *Behindertenpädagogik*, 39 (4), 338-351.
- Jantzen, W. (2001). Nelly – oder die freie Entwicklung eines jeden. Zum Problem der „Nicht-Therapierbarkeit“. *Geistige Behinderung*, 40 (4), 325-336.
- Jantzen, W. (2003). „...die da dürstet nach der Gerechtigkeit.“ *Deinstitutionalisierung in einer GroBeinrichtung der Behindertenhilfe*. Berlin: Marhold.
- Jantzen, W., Lanwer-Koppelin, W. & Schulz, K. (Hrsg.) (1999). *Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden*. Berlin: Marhold.
- Jenull-Schiefer, B., Brunner, E., Ofner, M. & Mayring, P. (2007). Stressbelastung von Wiener Altenpflegerinnen aus Österreich, Osteuropa und Asien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15 (2), 78-82.
- Kaczmarek, T. (2005). *Realisierung ambulanter Versorgungsstrukturen in der Behindertenhilfe*. Vortrag gehalten am 19.10.2005 in Köln.

- Kallert, T., Looks, P., Leibe, M., Hoffmann, K. & Franz, M. (2006). Enthospitalisierungsprozesse in deutschen psychiatrischen Großkrankenhäusern. Eine kritische Übersicht zur durchgeführten Begleitforschung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 74 (6), 309-328.
- Kamrad, K. (2006). *Powered by Emotion! Eine Anwendung und Erweiterung des Job Characteristics Modells von Hackman und Oldham bei personenbezogenen Tätigkeiten im Dienstleistungsbe- reich*. Fachbereich I – Psychologie der Universität Trier. Zugriff am 23.02.2009, von <http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2006/365/>
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. (2001). *Die strategiefokussierte Organisation. Führen mit der Balanced Scorecard*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Karschuk, R., Stauber, H. (2002). „Wer bestimmt hier was?“ Empowerment in der Behindertenarbeit, In A. Lenz & W. Stark (Hrsg.), *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation* (S. 193-202). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kaschube, J. (2006). *Eigenverantwortung - eine neue berufliche Leistung, Chance oder Bedrohung für Organisationen?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kasztantowicz, U. (Hrsg.) (1986). *Wege aus der Isolation. Konzepte und Analysen der Integration Behinderter in Dänemark, Norwegen, Italien, Frankreich und Schweden*. Heidelberg: Ed. Schindele.
- Kast, V. (1984). Wege aus Angst und Symbiose. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 29 (6), 290-301.
- Kastl, J.M. & Trost, R. (2003). *Integrationsfachdienste zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung in Deutschland*. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur Arbeit der Modellprojekte des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in 16 Bundesländern. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Kastner, T., Nathanson, R. & Friedman, D.L. (1993). Mortality among individuals with mental retardation living in the community. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 285-292.
- Kearney, C., Durand, V.M. & Mindell, J.A. (1995). It's not where but how you live: Choice and adaptive/maladaptive behavior in persons with severe handicaps. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 7/1995, 11-24.
- Keller, H. & Zach, U. (1991). Entwicklungskonsequenzen frühen Blickkontaktverhaltens. *Acta Paedopsychiatrica*, 54, 1-8.
- Keul, A. G. (1998). Wohlbefinden. In U. Fischer, M.T. Hahn, C. Lindmeier, B. Reimann & M. Richardt (Hrsg.), *Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung* (S. 43-55). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Keupp, H. (1990). Gemeindepsychologie. In O. Speck & K.R. Martin (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Sozialpädagogik. Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 10* (S. 107-122). Berlin: Marhold.
- Keupp, H. (1992). Von der fürsorglichen Belagerung zum Empowerment. *Selbsthilfe*, 5-6, 62-65.
- Keupp, H. (1994). Ambivalenzen postmoderner Identität. In U. Beck & E. Beck-Gernsheim (Hrsg.), *Risikante Freiheiten. Zur Individualisierung von Lebensformen in der Moderne* (S. 336-350). Frankfurt: Suhrkamp.
- Keupp, H. (1999): Qualität durch Partizipation und Empowerment – Gemeindepsychologische Einmischungen in die Qualitätsdiskussion. In F. Peterander & O. Speck (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (S. 289-298). Basel: Reinhardt.
- Kief, M. (1994). Normalisierte Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 63 (1), 33-45.
- Kiefer, M. (2006). *Arbeitsplatzunsicherheit als Führungsinstrument? Eine Untersuchung bezüglich des Mitarbeiterverhaltens unter dem moderierenden Einfluss einer Arbeitsunsicherheit*. Kassel: Kassel University Press.
- Kirchler, E. & Hölzl, E. (2002). *Arbeitsgestaltung in Organisationen*. Wien: Universitäts-Verlag.

- Kischkel, W., Pohl-Kroll, K., Rüster, K., Schultz, R., Sievers, R. & Störmer, N. (1991). Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen mit depressiven Symptomen in stationären Langzeiteinrichtungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40, 254-259.
- Klauß, T. (1999). Ethische Aspekte therapeutisch-pädagogischer Interventionen bei aggressivem Verhalten. In M. Seidel & K. Henricke (Hrsg.), *Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 89-106). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Klauß, T. (2000a). Auf dem Weg in eine moderne Organisation – Auswirkungen der Selbstbestimmung für die Einrichtungen. In VKELG (Hrsg.), *„Selbstbestimmung muss das sein?“* Dokumentation der Arbeitstagung vom 18. bis 20.01.2000 in Heiligenstadt (S. 4-10). Freiburg: CBP.
- Klauß, T. (2000b). Selbstbestimmung – unabdingbar auch für Menschen mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung? In K. Bundschuh (Hrsg.), *Wahrnehmen – Verstehen – Handeln. Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert* (S. 263-271). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Klauß, T. (2006). Menschen mit schweren Behinderungen im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen. *Geistige Behinderung*, 45 (1), 3-18.
- Kleiber, D. & Gusy, B. (1996). Burnout in der psychosozialen Arbeit. *Report Psychologie*, 21, 306-308.
- Kleine Schaars, W. & Petereit, P. (2002). Menschen mit einer geistigen Behinderung haben das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34 (1), 23-31.
- Kleine Schaars, W. & Petereit, P. (2004). Menschen mit einer geistigen Behinderung haben das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Die in der Niederlande entwickelte Methode „Anleitung zur Selbstständigkeit“. *Geistige Behinderung*, 43 (3), 233-243.
- Kleine Schaars, W. & Petereit, P. (2008). "Das WKS-Modell": Durch Gleichberechtigung auf dem Weg zur Selbstbestimmung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 40 (1), 51-59.
- Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B. (2004). Wohnformen für Erwachsene mit autistischer Störung. Empfehlungen für die Organisation und Gestaltung. *Geistige Behinderung*, 43 (2), 155-165.
- Knabe-Gourmelon, G. & Gourmelon, A. (2004). Zur Arbeitssituation älterer Arbeitnehmer in sozialen Einrichtungen. *Report Psychologie*, 29 (1), 26-31.
- Knoll, H. (2005). Zur Dialektik von Theorie und Praxis bei Adorno. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Zugriff am 24.02.2009, von http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=975919067&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=975919067.pdf
- Knuf, A., Osterfeld, M., Seibert, U. (2007). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Knust-Potter, E. (1997). Das Normalisierungsprinzip und die feministische Kritik – Reflexionen zum theoretischen Bezugsrahmen für Community Living. *Behindertenpädagogik*, 36 (2), 149-166.
- Koch, S. (2003). Das Konzept der Eigenverantwortung. In S. Koch, J. Kaschube & R. Fisch (Hrsg.), *Eigenverantwortung für Organisationen* (S. 17-30). Göttingen, Hogrefe.
- Köck, G. (1999). *Chaostheorie. Aspekte für die Pädagogik*. Diplomarbeit, Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Innsbruck. Zugriff am 23.02.2009, von <http://bidok.uibk.ac.at/library/koeck-chaostheorie-dipl.html>
- Koepp, A. (1999). USTA-Problemaufriss: Variablen soziales Umfeld, Wohnlage/Infrastruktur und Angehörige. In J. Eisenberger, M. T. Hahn, C. Hall, A. Koepp & C. Krüger (Hrsg.), *Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 229-248). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Kohnke, O. (2002). *Effektivität von Zielvereinbarungen mit teilautonomen Gruppen. Ergebnisse einer quasi-experimentellen Studie in einem Unternehmen der metallverarbeitenden Industrie*. München: Hampp.
- König, A. (1986). Normalisierung und Bürgerrechte. Geistig Behinderte Erwachsene in den USA. Frankfurt: AFRA-Druck.

- Konrad, M. & Völkel-Recht, S. (2007). *Die Wirtschaftlichkeit der Ambulantisierung in der Behindertenhilfe*. Eine Untersuchung im Auftrag des Bayrischen Staatsministeriums. Contec Studie – Schriftenreihe zur Gesundheits- und Sozialwirtschaft Bd. 1. Bochum: contec.
- Kordy, H. (1982). Probleme der Gruppenstatistik und Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 3 (3), 231-239.
- Kostka, U. (2005). Jeder Mensch hat Talente – er muss sie nur entfalten können. *Neue Caritas*, 21/2005, 16-20.
- Kräling, K. (1995a). Die Ausgliederung aus psychiatrischen Einrichtungen als Aufgabe der Lebenshilfe. In Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Wohnen heißt zu Hause sein* (S. 107-112). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Kräling, K. (1995b). Wohnen heißt zu Hause sein. Gemeindeintegriertes Wohnen erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. In Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Wohnen heißt zu Hause sein* (S. 21-28). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Krampe, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krause, A. & Dunckel, H. (2003). Arbeitsgestaltung und Kundenzufriedenheit: Auswirkungen der Einführung teilautonomer Gruppenarbeit auf die Kundenzufriedenheit unter Berücksichtigung von Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsleistung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 47 (4), 182-193.
- Kretschmer, I. (2003). Heilende und kränkende Hilfesysteme. In CBP – Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (Hrsg.), *Hilfesysteme, Tagungsbericht* (S. 15-33). Freiburg: Caritas. Zugriff am 23.02.2009, von <http://www.ingo-kretschmer.de/systeme.htm>
- Kriz, W. C. (2000). *Lernziel: Systemkompetenz: Planspiele als Trainingsmethode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kroll, M. (2006). Mehr Inhalt zum gleichen Preis – Werden Mitarbeiter fleißiger und netter, wenn der Job bedroht ist? *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 13 (2-3), 61-64.
- Kruckenberg, P. (1999). Enthospitalisierung von Langzeitpatienten – Prozesse und Ergebnisse – Erfahrungen im Stadtstaat Bremen 1980-1998. In J. Eisenberger, M.T. Hahn, C. Hall, A. Koepp & C. Krüger (Hrsg.), *Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 120-154). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Kruckenberg, P., Fabian, A. & Henning, J. (Hrsg.) (1995). *Modellprojekt – Integration von Patienten einer psychiatrischen Langzeitklinik in dezentrale gemeindenahe Versorgungseinrichtungen. Endbericht des Evaluationsprojekts der Auflösung der Klinik Blankenburg*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 47. Baden-Baden: Nomos.
- Krüger, C. (1999). USTA-Problemaufriss: Zu den Variablen Rahmenbedingungen, Träger, Immobilien und Beratung. Einrichtungen im Land Brandenburg im Veränderungsprozeß. In J. Eisenberger, M.T. Hahn, C. Hall, A. Koepp & C. Krüger (Hrsg.), *Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 289-298). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Krüger, C. (2000). *Nutzerbefragung und andere Methoden im internationalen Vergleich*. Zugriff am 20.02.2009, von [http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/Krueger\(1\).pdf](http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/Krueger(1).pdf)
- Kruse, P. (2004). *Next Practice: Erfolgreiches Management von Instabilität*. Offenbach: GABAL.
- Kunze, H. (2001). De-Institutionalisierung im Kopf – vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. *Krankenhauspsychiatrie*, 12 (2), 48-55.
- Kuppe, G. (1998). Enthospitalisierung aus sozialpolitischer Sicht. Am Beispiel des Landes Sachsen-Anhalt. In G. Theunissen (Hrsg.), *Enthospitalisierung – ein Etikettenschwindel? Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

- KVJS – Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (2005). *Modellprojekt Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg 2002 bis 2005. Abschlussbericht*. Stuttgart: KVJS.
- L.d.P. (1991). *Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR*. Bonn: Bundesanzeiger.
- Labitzke, K. (2008). *„Ich lebe und ihr sollt auch leben“ – Lebenszeit auskosten*. Vortrag gehalten auf der Fachtagung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Mitgliedsschulen und vorschulischen Einrichtungen im BEB „Manchmal könnt' ich dich ...?!“ vom 15.-18.04.2008 in Freising.
- Lachwitz, K. (1994). Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, 33 (3), 206-215.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Landenberger, G. & Trost, R. (1988). *Lebenserfahrungen im Erziehungsheim. Identität und Kultur im institutionellen Alltag*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Lantz, A., Friedrich, P. & Brav, A. (2001). Erfolgreiche Arbeit in Gruppen. Die Kunst der Auswahl von Gruppenmitgliedern. *Arbeit*, 10 (3), 249-361.
- Laucken, M. & Bruysten, F. (2000). Enthospitalisierungsprojekte für Menschen mit geistiger Behinderung. Der Schritt von der Theorie zur Praxis und die dabei auftretenden Schwierigkeiten. *Geistige Behinderung*, 39 (4), 334-345.
- Laucken, M., Bruysten, F. & Wüllenweber, E. (2001). Krisen, Krisenprävention und Krisenintervention im Prozess der Enthospitalisierung, In E. Wüllenweber & G. Theunissen (Hrsg.), *Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, Theorie, Praxis, Vernetzung* (S. 295-313). Stuttgart: Kohlhammer.
- Leiße, M. & Kallert, T.W. (2001). Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjective Zufriedenheit schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28 (1), 10-17.
- Lenz, A. (2006). Psychologische Dimensionen der Partizipation. Überlegungen zu einer theoretischen Fundierung eines Handlungs- und Organisationsprinzips, In M. Seckinger (Hrsg.), *Partizipation – ein zentrales Paradigma, Analysen und Bericht aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern* (S. 13-34). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Letzgus, G. (Hrsg.) (1996). *Blauer Mond. Behinderten- und Altenhilfe in der Stiftung Haus Lindenhof*. Freiburg: Lambertus.
- Liebig, C. (2006). *Mitarbeiterbefragungen als Interventionsinstrument. Untersuchung ihrer Effektivität anhand des Kriteriums Arbeitszufriedenheit*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Lindmeier, C. (1999). Selbstbestimmung als Orientierungsprinzip der Erziehung und Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung – kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Die neue Sonderschule*, 44 (3), 209-224.
- Lindmeier, B. & Lindmeier, C. (2003): Selbstbestimmung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. Zur Rezeption der us-amerikanischen Diskussion. *Geistige Behinderung*, 42, 119-138.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lingg, A. (1998). Geistig behinderte Menschen in der Valduna 1862-1995. In G. Theunissen (Hrsg.), *Enthospitalisierung – ein Etikettenschwindel? Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe* (S. 261-288). Bad Heilbrunn: Klinhardt.
- Lingg, A. & Theunissen, G. (2000). *Psychische Störungen und Geistige Behinderung*. Freiburg: Lambertus.
- Lohmer, M. (2006). Lernen im Team. Die Balance zwischen Veränderung und Stabilität in psychosozialen Organisationen. *Psychotherapeut*, 51 (4), 300-306.
- Lotter, W. (2009). Die Unverwechselbaren. Diversity ist mehr als gute Worte und multikulturelle Teams. Im Unterschied steckt eines der wichtigsten Prinzipien erfolgreicher Wirtschaft. *brand eins*, 11 (4), 54-62.

- Lüpke, K. v. (1996). Wohnen in einer menschlicheren Stadt. Urbanes Wohnen für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. In U. Fischer, M.T. Hahn, B. Klingmüller & M. Seifert (Hrsg.), *Urbanes Wohnen für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung* (S. 125-146). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Luhmann, N. (1988): Therapeutische Systeme – Fragen an Niklas Luhmann. In F.B. Simon (Hrsg.), *Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie* (S. 124-138). Berlin: Springer.
- Luhmann, N. (1994). Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie (5. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Macy, B.A., Hurts, C.C., Izumi, H., Norton, L.W. & Smith, R.R. (1986). *Meta-analysis of United States empirical organizational change and work innovation field experiments: Methodology and preliminary results*. Paper presented at the 46th Annual Meeting of the National Academy of Management. Chicago, August 1986.
- Magdeburger Appell (1996). Psychiatrische Krankenhäuser, Pflegeheime und Einrichtungen der Altenhilfe: Kein Ort zum Leben für Menschen mit geistiger Behinderung. Verantwortung übernehmen für ein menschenwürdiges Leben. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 252-255). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Mall, W. (1984). Basale Kommunikation – ein Weg zum andern. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen. *Geistige Behinderung*, 23, 1-16.
- Mall, W. (1992). *Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen: ein Werkheft* (2. Aufl.). Heidelberg: Edition Schindele.
- Mansell, J. & Ericsson, K. (1996). *Deinstitutionalization and community living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA*. London: Chapman & Hall.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. & Beecham, J. (2007). *Übergang von Großeinrichtungen zum selbstbestimmten Wohnen in der Gemeinde – Ergebnisse und Kosten: Bericht einer europäischen Studie. Teil 1: Zusammenfassende Darstellung*. Canterbury: Tizard Centre der University of Kent. Zugriff am 22.02.2009, von http://ec.europa.eu/employment_social/index/vol1_summary_final_de.pdf
- Marstedt, G. (1994). Management by Stress: Unternehmensphilosophie in der Krise. *Psychologie heute*, 21 (7), 32-37.
- Martens, S. (1993). Arbeiten bis ins Alter? In Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Alt und geistig behindert* (S. 183-189). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Marx, K. (1958). *MEW – Karl Marx Friedrich Engels Werke*, Bd. 3. Berlin: Dietz.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-96.
- Matson, J.L., Gardner, W.I., Coe, D.A. & Sovner, R. (1991). A Scale for Evaluating Disorders in Severely and Profoundly Mentally Retarded Persons. Development of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH) Scale. *British Journal of Psychiatry*, 159, 404-409.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. Bern: Scherz.
- Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.) (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McManama, B. (1994). Hoffentlich brennt mir die Sicherung nicht durch. Burnout-Gefahren in der Behindertenhilfe. *Orientierung*, 2/1994, 12-16.
- Meinlschmidt, A. (2004). Wie Personenzentrierung eine Einrichtung verändert. *Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie*, 4/2004, 12-16.
- Meller, S. & Ducki, A. (2002). Tätigkeitsbezogene Begeisterung in der Erwerbsarbeit. *Arbeit*, 11 (2), 101-116.
- Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E. (2005). *The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders*. North Carolina: Autism Society.

- Meßenzehl, M., Lukesch, H., Klein, H.E., Hajak, G., Schreiber, W. & Putzhammer, A. (2006). Burnout bei therapeutischem Personal in psychiatrischen Fachkliniken, Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Arbeitszufriedenheit. *Krankenhauspsychiatrie*, 17 (3), 108-113.
- Metzler, H. (1988). Die Struktur der Betreuungsarbeit im Behindertenheim. In J. Neumann (Hrsg.), *Arbeit im Behindertenheim. Situationsanalysen und Strategien zu ihrer Humanisierung* (S. 101-209). Frankfurt: Campus.
- Metzler, H. (1997). Hilfebedarf und Selbstbestimmung. Eckpunkte des Lebens im Heim für Menschen mit Behinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 48 (10), 406-411.
- Metzler, H. (2000). Hilfebedarf und Selbstbestimmung. Eckpunkte des Lebens behinderter Menschen im Heim. In H. Franke & M. Westecker (Hrsg.), *Behindert Wohnen. Perspektiven und europäische Modelle für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen* (S. 25-37). Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Metzler, H. (2001). *HMB/W – Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung. Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich Wohnen*. Tübingen: Forschungsstelle Lebenswelten behinderter Menschen.
- Metzler, H. (2005). *Personenzentrierung – von der Maßnahme zur Lebenswelt*. Dokumentation der Fachtagung für Trägerverantwortliche und Leistungskräfte in Diensten der Offenen Arbeit und in Ambulanten Diensten „Unser Zentrum ist der Mensch“ am 08.-10.11.2005 in Ulm.
- Metzler, H. (2008). *Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich „Wohnen“ (HMB/W). Ursprung – Intention – Inhalte – Methodik*. Vortrag gehalten auf der Fachtagung „Instrumente der Bedarfsermittlung und der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe“, 02.-03.04.2008, Berlin-Schönefeld. Zugriff am 20.02.2009, von http://www.deutscher-verein.de/03-events/2008/gruppe4/pdf/05%20Metzler_2.pdf
- Metzler, H. & Rauscher, C. (2004). *Wohnen inklusiv. Wohn- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen in Zukunft. Projektbericht*. Reutlingen: Diakonisches Werk.
- Metzler, H. & Rauscher, C. (2005). *Evaluation von Deinstitutionalisierungs- und Dezentralisierungsprojekten in der Behindertenhilfe*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Tübingen.
- Metzler, H. & Wacker, E. (1997). Zum Qualitätsbegriff in der Behindertenhilfe. In H.-J. Schubert & K.J. Zink (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen* (S. 44-55). Berlin: Luchterhand.
- Metzler, H. & Wacker, E. (1998). Behinderte Menschen. In M. Häussler-Sczepan (1998), *Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung* (S. 77-98). Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, T., Franz, M. & Gallhofer, B. (2002). Subgruppen und Prognosen besonders schwer zu enthospitalisierender schizophrener Langzeitpatienten: Eine Differenzierung des „harten Kerns“. Teil 2 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 29 (6), 301-305.
- Meyer, W.-U. (1983). Das Konzept von der eigenen Begabung als ein sich selbst stabilisierendes System. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 2, 21-30.
- Meyer, W.-U. (1984). *Das Konzept von der eigenen Begabung*. Bern: Huber.
- Meyer, W.-U. & Försterling, F. (1993). Die Attributionstheorie. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie* (S. 175-214). Bern: Huber.
- MGSFF – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). *Persönliches Budget – Von den Nachbarn lernen*. Dokumentation der Fachtagung am 16.10.2003 in Düsseldorf.
- Moser, G. (1996). Die Auflösung des Geistig-Behindertenbereichs in Lengerich. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 156-163). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Moss, S. (2001). *About the PAS-ADD Checklist (Revised)*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Moss, S. (2002). *The Mini PAS-ADD Interview Pack*. Brighton: Pavilion Publishing.

- Moss, S.C., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., Turner, S. & Hatton, C. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42 (2), 173-183.
- Mühl, H. (1997). Erziehung zur Selbstbestimmung durch handlungsbezogenen Unterricht. In Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Selbstbestimmung. Kongressbeiträge*. Dokumentation des Kongresses „Ich weiß doch selbst, was ich will!“ vom 27.09.-01.10.1994 in Duisburg (S. 312-316). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Müller-Hohagen, J. (1994). Selbstbestimmung und Persönlichkeitsentwicklung. Eine Lebensqualität: Selbständigkeit des geistig behinderten Erwachsenen in der Spannung von persönlicher Fähigkeit und Verwirklichung. *Geistige Behinderung*, 33 (3), 171-185.
- Nassehi, A. (1997). Inklusion, Exklusion – Integration, Desintegration. Die Theorie funktionaler Differenzierung und die Desintegrationsthese. In Heitmeyer (Hrsg.), *Was hält die Gesellschaft zusammen? Bundesrepublik Deutschland: Auf dem Weg von der Konsens- zur Konfliktgesellschaft*, Bd. 2 (S. 113-148). Frankfurt: Suhrkamp.
- Nerdinger, F.W. (2003). Emotionsarbeit und Burnout in der gesundheitsbezogenen Dienstleistung, In A. Büssing & J. Glaser (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus* (S. 181-197). Göttingen: Hogrefe.
- Netzwerk People First (Hrsg.) (o.J.). *Der Wortsalat aus Selbstbestimmung, Selbständigkeit, Mitbestimmung, Mitwirkung und Selbstvertretung – Erklärungen*. Kassel: Mensch zuerst – Netzwerk People First.
- Neubach, B. (2005). *Psychische Kosten von Formen der Selbstkontrolle bei der Arbeit. Entwicklung, Rekonzeptualisierung und Validierung eines Messinstruments*. Dortmund: Universität, Fachbereich Humanwissenschaften und Theologie. Zugriff am 23.02.2009, von <http://eldorado.uni-dortmund.de:8080/handle/2003/20033> [11.01.2005]
- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem "Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)"*. Bern: Huber.
- Niedecken, D. (2001). Szenisches Verstehen und pädagogisches Handeln. *Geistige Behinderung*, 40 (4), 313-324.
- Niehoff, U. (1994). Wege zur Selbstbestimmung. *Geistige Behinderung*, 33, 186-201.
- Niehoff, U., Liersch, C. & Schäffner, U. (2001). Auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung? Curricula der Fachschulen für Heilerziehungspflege unter die Lupe genommen. *Behindertenpädagogik*, 40, 376-389.
- Niehoff-Dittmann, U. (1997). Selbstbestimmung im Leben geistig behinderter Menschen. In Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Selbstbestimmung. Kongressbeiträge*. Dokumentation des Kongresses „Ich weiß doch selbst, was ich will!“ vom 27.09.-01.10.1994 in Duisburg (S. 55-65). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Nirje, B. (1994). Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 63 (1), 12-32.
- Nübel, H. (1997). Caritas und Diakonie: zwei Mitarbeiterstudien im Vergleich, *Caritas*, 98, 571-583.
- Nussbaum, M.C. & Sen, A. (Hrsg.) (1993). *The quality of live. A study prepared for the World Institute for Development Economics Research (WIDER) of United Nations University*. Oxford: Clarendon Press.
- Nußbicker, R. (2008). Die Idee eines Persönlichen Budgets in einer stationären Einrichtung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 40 (1), 47-50.
- Obermair, W. & Neubarth, R. (1997). Erfolgsfaktoren und Fehlerquellen in Veränderungsprozessen. In A. Hauser, R. Neubarth & W. Obermair (Hrsg.), *Management-Praxis. Handbuch soziale Dienstleistungen* (S. 172-188). Neuwied: Luchterhand.
- Ollech, M. (2000). *Befragung zur individuellen Lebensqualität im Bereich des Wohnens am Beispiel des Bereichs Hamburg Umland*. Zugriff am 20.02.2009, von [http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/Ollech\(1\).pdf](http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/Ollech(1).pdf)

- Orientierung (2008). Themenheft "Persönliche Zukunftsplanung". *Orientierung*, 1/2008.
- Osbahr, S. (2000). Menschen mit geistiger Behinderung verwirklichen Selbstbestimmung. Überlegungen aus der Sicht einer konstruktivistisch-systemtheoretischen Sonderpädagogik. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 69 (1), 58-69.
- Papousek, H. & Papousek, M. (1982). Die Rolle der sozialen Interaktion in der psychischen Entwicklung und Pathogenese von Entwicklungsstörungen im Säuglingsalter. In G. Nissen (Hrsg.), *Psychiatrie des Säuglings- und des frühen Kleinkindalters* (S. 69-74). Bern: Huber.
- Papousek, H. & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J.D. Osofsky, (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed.) (pp. 669-720). New York: Wiley.
- Papousek, H., Papousek, M. & Giese, R. (1986). Neue wissenschaftliche Ansätze zum Verständnis der Mutter-Kind-Beziehung. In J. Stork (Hrsg.), *Zur Psychologie und Psychotherapie des Säuglings - neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion* (S. 53-71). Stuttgart-Bad Cannstadt: frommann-holzboog.
- Papousek, M. (1989). Frühe Phasen der Eltern-Kind-Beziehungen - Ergebnisse der entwicklungspsychobiologischen Forschung. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 34, 109-122.
- Pawils, S., Satzinger, W., Trojan, A. & Koch, U. (2006). Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. In S. Pawils & U. Koch (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung* (S. 343-362). Stuttgart: Schattauer.
- Perske, R. (1972). The dignity of risk. In W. Wolfensberger (Ed.), *Normalization: The principle of normalization in human services* (pp. 194-200). Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Perst, A. & Baumann, U. (1999). Einzelfallstudien in klinisch-psychologischen, psychotherapeutischen Fachzeitschriften. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (3), 205-213.
- Peter, L.J. & Hull, R. (1995). *Das Peter-Prinzip oder die Hierarchie der Unfähigen*. Reinbek: Rowohlt.
- Peterson, C. (1999). Personal control and well-being. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 288-301). New York: Russell Sage Foundation.
- Pfeil, B., Glasenapp, J. & Svoboda, F. (2007). Intensivgruppen in der Stiftung Haus Lindenhof. Entwicklungen und Erfahrungen im Modellversuch "Therapeutische Wohngruppen". In F. Dieckmann & G. Haas (Hrsg.), *Beratende und therapeutische Dienste bei geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten* (S. 140-160). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pfeil, B., Lengl, B., Sorg, H., Tödter, R. & Wochner-Luikh, C. (Hrsg.) (2005). *Ich diene mir selbst. Selbstbestimmung und Teilhabe. Moderne Konzepte der Behinderten- und Altenhilfe in der Stiftung Haus Lindenhof*. Freiburg: Lambertus.
- Piaget, J. (1960). The child's conception of the world. Paterson, NJ: Littlefield, Adams.
- Piaget, J. (1974). *Biologie und Erkenntnis. Über die Beziehungen zwischen organischen Regulationen und kognitiven Prozessen*. Frankfurt: Fischer.
- Plaute, W., Theunissen, G., Abmann, M. & Hoffmann, C. (1998). Befragungen auf dem Prüfstand - Kann ein Diskursverfahren zu mehr Objektivität in bezug auf Verhaltensauffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen bei Menschen mit schwerster geistiger Behinderung beitragen? *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 67, 69-78.
- Plog, U. (1996). Mut zu Institutionen in der Sozialpsychiatrie. In U. Brucks, M. Schödlbauer & E. Strowick (Hrsg.), *Metamorphosen der Arbeit. Reflexionen der Arbeitspsychologie*. Festschrift für Hugo Schmale (S. 45-53). München: Fink.
- Pörtner, M. (1996). *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Preußner, I. (2004). *Betriebliche Gesundheitsförderung durch Partizipation. Eine qualitative Studie zu den individuellen Voraussetzungen für eine Beteiligung an Gesundheitszirkeln*. Hamburg: Universität, Fachbereich Psychologie.

- Probst, P. (1985). De-Institutionalisierung und Normalisierung. In Berufsverband Deutscher Psychologen – BDP (Hrsg.), *Psychologische Hilfen für Behinderte*. Beiträge vom 11. BDP-Kongress für Angewandte Psychologie, Heidelberg, 1981, Band 1: Grundprobleme (S. 37-38). Weinsberg: Weissenhof-Verlag.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Psychiatrie-Enquête (1975). *Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Drucksache des Deutschen Bundestages 7/4200.
- Pucher-Matzner, I. & Sonneck, G. (2006). Burnout – ein berufsbedingtes Risiko? *Psychologische Medizin*, 17 (1), 53-57.
- Pukrop, R. (2003). Subjektive Lebensqualität. Kritische Betrachtung eines modernen Konstrukts. *Der Nervenarzt*, 74 (1), 48-54.
- Racky, S., Erke, A. & Jöns, I. (2001). Die Förderung der Gruppenkompetenz durch Zielvereinbarungen, In W. Bungard (Hrsg.), *Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie* (S. 39-55). Mannheim: Universität, Lehrstuhl für Wirtschafts- und Organisationspsychologie.
- Radtke, P. (1995). Sprache ist Denken – Über den gedankenlosen Umgang mit Sprache. In W. Strubel & H. Weichselgartner (Hrsg.), *Behindert und verhaltensauffällig – Zur Wirkung von Systemen und Strukturen* (S. 86-96). Freiburg: Lambertus.
- Rahn, E. (2007). Dialektisch-behaviorale Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 223-227). Stuttgart: Schattauer.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept von ‚empowerment‘ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, 257-278.
- Rauterberg, M. (1990). *Promotionsskizze*. Zürich: Institut für Arbeitspsychologie der ETH.
- RCP – The Royal College of Psychiatrists (2001). *DC-LD [Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation]*. London: Gaskell.
- Redaktion Geistige Behinderung (1999). Lebensräume – selbstbestimmt wohnen. *Geistige Behinderung*, 38, 195.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Reichart, M. (1997). Die Mitarbeiter im Kontext von Veränderungsprozessen. In A. Hauser, R. Neubarth & W. Obermair (Hrsg.), *Management-Praxis. Handbuch soziale Dienstleistungen* (S. 155-171). Neuwied: Luchterhand.
- Reuter, H. (2006). Bewertung der Partizipation und des Empowerments von Mitarbeitenden bei der Entwicklung, Einführung und Evaluation neuer Arbeitszeitmodelle. *Wirtschaftspsychologie*, 8 (2-3), 64-71.
- Richardt, M. (1998). Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe als Beitrag zum Wohlbefinden der Bewohner/innen. In U. Fischer, M.T. Hahn, C. Lindmeier, B. Reimann & M. Richardt (Hrsg.), *Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung* (S. 177-206). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Richter, D. & Needham, I. (2007). Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 34 (1), 7-14.
- Rimland, B. (1997). Reopen the institutions? *Autism Research Review International*, Vol. 11, 1, 3.
- Rink, R. (2005). Zwischen Selbstbestimmung und Anpassung. Musik-soziotherapeutische Prozesse mit geistig und psychisch behinderten Frauen. *Therapie kreativ*, 43, 24-40.
- Rittmeyer, C. (2001). Zur Bedeutung von Selbstbestimmung in der Arbeit mit Menschen mit einer geistigen Behinderung. *Sonderpädagogik*, 31, 141-150.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2006). Mirrors in the Mind. *Scientific American*, 295 (5), 30 – 37.

- Rock, K. (1996). Selbstbestimmung als Herausforderung an die Professionellen. *Geistige Behinderung*, 35 (3), 223-232.
- Rock, K. (2001). *Sonderpädagogische Professionalität unter der Leitidee der Selbstbestimmung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Rödler, P. (2000). *Geistig behindert: Menschen, lebenslang auf Hilfe anderer angewiesen? Grundlagen einer basalen Pädagogik* (2. Aufl.). Neuwied: Luchterhand.
- Rödler, P. (2008). *Beziehung an der Grenze. Grundlagen zu einem pädagogischen Verständnis der menschlichen Beziehungen unter allen Bedingungen*. Vortrag gehalten auf dem Werkstatt-Treffen „Begegnungen und Grenzen. Grenzerfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensbesonderheiten“ am 22.02.2008 in Münster.
- Roethlisberger, E.J. & Dickson, W. (1939). *Management and the worker*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Röh, D. (2005). Zur Bedeutung personaler Kompetenzen für erfolgreiches Empowerment. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 56 (3), 50-57.
- Rohrmann, E. (2005). „Die Einheit des Menschen in der Menschheit“. Edouard Seguin (1812-1880) und das Recht auf Teilhabe für alle Menschen. *Geistige Behinderung*, 44 (2), 115-125.
- Rosenstiel, L. v. (1999). Die „lernende Organisation“ als Aufgangspunkt für Qualitätsentwicklung. In F. Peterander & O. Speck (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (S. 41-61). München: Reinhardt.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E. & Hofmann, G. (1988). *Programm-Evaluation. Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs (General & Applied)*, 80 (1/No.609), 1-28.
- Rubinstein, S.L. (1958). *Grundlagen der Allgemeinen Psychologie*. Berlin: Volk und Wissen.
- Rückholdt, F.-D. (1999). Zur Rolle der Mitarbeiter/-innen bei der Dezentralisierung von Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe. In J. Eisenberger, M.T. Hahn, C. Hall, A. Koepp & C. Krüger (Hrsg.), *Das Normalisierungsprinzip - vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 208-226). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Ruef, M. (2001). Wie Personen mit Autismus und geistiger Behinderung das eigene Problemverhalten sehen – eine qualitative Untersuchung unter Einbeziehung von Fokusgruppen. *Heilpädagogische Forschung*, 27(4), 158-169.
- Salize, H.J., Rössler, W. & Becker, T. (2007). Mental health care in Germany. Current state and trends. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (2), 92-103.
- Sandau, M. & Jöns, I. (2001). Die Auswirkungen der Veränderungsbereitschaft des Management auf das Veränderungsleben der Mitarbeiter. In W. Bungard (Hrsg.), *Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie* (S. 15-24). Mannheim: Universität, Lehrstuhl für Wirtschafts- und Organisationspsychologie.
- Sander, L.W. (1983). To begin with - reflections on ontogeny. In J.D. Lichtenberg & S. Kaplan (Eds.), *Reflections on self psychology* (pp. 85-104). Hillsdale: The Analytic Press.
- Sarimski, K. & Steinhausen, H.-C. (2007). *KIDS – 2. Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sartre, J.-P. (1982). *Saint Genet. Komödiant und Märtyrer*. Reinbek: Rowohlt.
- Schädler, J. (2004). Re-Institutionalisierung statt De-Institutionalisierung! Implementationsstrategien für Offene Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, 43(1), 2-14.
- Schädler, J., Weinbach, H. & Aselmeier, L. (Hrsg.) (2005). *Personenzentrierte Planung – Personenzentrierte Finanzierung. Neue Wege zu hilfreichen Arrangements für Menschen mit geistiger Behinderung*. Dokumentation der 3. Europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe vom 15.-16.03.2005, Universität Siegen.

- Schäfers, M. (2007). *Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen ihre Lebenssituation beurteilen*. Disseratation an der Technischen Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften.
- Schallberger, U. (2006). Die zwei Gesichter der Arbeit und ihre Rolle für das Wohlbefinden: Eine aktivierungstheroretische Interpretation. *Wirtschaftspsychologie*, 8 (2-3), 96-102.
- Schalock, R.L. (Hrsg.). (1996). *Quality of life. Volume I. Conceptualization and Measurement*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schanze, C. (Hrsg.) (2007). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzmin- derung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und - pädagogen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schäper, S. (2006). *Ökonomisierung in der Behindertenhilfe. Praktisch-theologische Rekonstruktionen und Erkundungen zu den Ambivalenzen eines diakonischen Praxisfeldes*. Berlin: Lit.
- Schäper, S. (2009). *Märkte – Waren – Kunden oder: Die Rückseite der Ökonomisierung*. Vortrag gehalten mit M. Dederich auf dem Werkstatttreffen "Hilfesysteme im Umbruch – Perspektiven auch für Menschen mit herausforderndem Verhalten?" vom 13.-14.02.2009 in Münster.
- Scheew, K. (2000). Teilhabe – Integration und Selbstbestimmung aus Sicht der Beteiligten. In H. Franke & M. Westecker (Hrsg.), *Behindert Wohnen. Perspektiven und europäische Modelle für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen* (S. 39-44). Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Schernus, R. & Bremer, F. (2007). *Tyrannie des Gelingens: : Plädoyer gegen marktkonformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern*. Neumünster: Paranus.
- Schiepek, G. (1991). *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig: Vieweg.
- Schiepek, G. (1997). Ausbildungsziel: Systemkompetenz. In L. Reiter, R.J. Brunner & S. Reiter-Teil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (S. 181-215). Berlin: Springer.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G., Fricke, B. & Kaimer, P. (1992). Synergetics of Psychotherapy. In W. Tschacher, G. Schiepek & E.J. Brunner (Eds.), *Self-Organization and Clinical Psychology* (pp. 239-267). Berlin: Springer.
- Schiepek, G., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K. & Strunk, G. (1995). Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. *Psychotherapie Forum*, 3, 1-17.
- Schiepek, G., Strunk, G. & Kowalik, Z.J. (1995). Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil II: Die Ordnung des Chaos. *Psychotherapie Forum*, 3, 87-109.
- Schirmer, F. & Luzens, M.-A. (2003). Widerstand und Ambivalenz im Veränderungsprozess – am Beispiel eines Flexible-Office-Projekts. *Zeitschrift Führung und Organisation*, 72 (6), 316-323.
- Schlosser, E. (1994). Wege der Enthospitalisierung im Land Brandenburg. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung. In R. Haltiner & J. Egli (Hrsg.), *Dezentrale Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Alternative zur Anstalt* (S. 73-84). Luzern: Edition SZH.
- Schmid, W. (1991). *Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. Die Frage nach dem Grund und die Neubegründung der Ethik bei Foucault*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schulte-Klemna, G., Armbruster, J. & Kluza, R. (2004). Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung. Anmerkungen zu Klaus Dörners Kritik am Personenzentrierten Ansatz. *Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie*, 4/2004, 4-8.
- Schulze-Weigmann, V. (2008). Die Doppelte Machtumkehr. Domum – Ein neues Konzept zur Selbstentmachtung von Assistenten in sozialen Einrichtungen. *Geistige Behinderung*, 47 (2), 118-126.
- Schüpbach, H. (1993). Analyse und Bewertung von Arbeitstätigkeiten. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 167-187). Bern: Huber.

- Schuppener, S. (2004). Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. *Geistige Behinderung*, 43 (1), 36-56.
- Schuppener, S. (2005). Selbstkonzepte von Menschen mit geistiger Behinderung-empirische Befunde und Implikationen für Praxis, Theorie und Forschung. *Heilpädagogische Forschung*, 31, 166-180.
- Schwarte, N. (2005). Personenzentrierung als Herausforderung für Planungsansätze im Hilfesystem für Menschen mit geistiger Behinderung. In J. Schädler, H. Weinbach & L. Aselmeier (Hrsg.), *Personenzentrierte Planung – Personenzentrierte Finanzierung*. Dokumentation der 3. Europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe vom 15.-16.03.2005, Universität Siegen (S. 12-18).
- Schwarte, N. & Oberste-Ufer, R. (1994). Indikatoren für Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Konturen eines Forschungsprojektes. *Geistige Behinderung*, 33, 282-296.
- Schweizer, A. & Glasenapp, J. (2002). Lebens- (Qualitäts-) Management. In A. Lenz & W. Stark (Hrsg.), *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation* (S. 203-212). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schweizer, A. & Glasenapp, J. (2005). Lebensqualität, Selbstbestimmung und Assistenz. In B. Pfeil, B. Lengli, H. Sorg, R. Tödter & C. Wochner-Luikh (Hrsg.), *Ich diene mir selbst. Selbstbestimmung und Teilhabe. Moderne Konzepte der Behinderten- und Altenhilfe in der Stiftung Haus Lindenhof* (S. 38-48). Freiburg: Lambertus.
- Schweizer, A., Glasenapp, J. & Pfeil, B. (2000). ...und sie fliegt doch! Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement als Grundlage für die Entwicklung neuer Wohnformen. In W. Schlüter & F.J. Stoffer (Hrsg.), *...und sie bewegt sich doch! Innovative Projekte in der Alten- und Behindertenarbeit. Innovationspreis für visionäre Führungsprojekte in der Alten- und Behindertenarbeit 2000*. Berlin: DVLAB.
- Schweizer, A., Glasenapp, J. & Pfeil, B. (2002). *Was hat jonglieren mit der Arbeit für Menschen mit Behinderungen zu tun? Assistenz im Bereich Wohnen der Stiftung Haus Lindenhof*. Beitrag zum Wettbewerb um den Innovationspreis für visionäre Führungsprojekte in der Alten- und Behindertenarbeit des DVLAB. Unveröffentlichtes Manuskript. Schwäbisch Gmünd: Stiftung Haus Lindenhof.
- Schweizer, A. & Pfeil, B. (2000). Kommunikationskonzept zur Idee: Weiterentwicklung der Wohnformen für Menschen mit Behinderungen in der Stiftung Haus Lindenhof. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schweizer, A., Pfeil, B. & Glasenapp, J. (1999). Organisationsentwicklung und Personalentwicklung in der Stiftung Haus Lindenhof. In Caritas (Hrsg.), *Luxus – oder Investition in die Zukunft? Personalentwicklung in sozialen Einrichtungen*. Dokumentation der Fachtagung vom 14. bis 15. September 1999 in Köln (S. 29-34). Freiburg: Caritas.
- Seckinger, M. (2006). *Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Seidel, M. (2006). Selbstbestimmung für Menschen mit Autismus – eine Reflexion auf dem Hintergrund der aktuellen Selbstbestimmungsdiskussion in Deutschland. *Autismus*, 62, 2-9.
- Seifert, M. (1997a). *Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Theorie und Praxis*. Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Seifert, M. (1997b). *Wohnalltag von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung. Eine Studie zur Lebensqualität*. Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Seifert, M. (1999). Qualität und Verantwortung: Zur existentiellen Bedeutung der elementaren Bedürfnisse von Menschen, die als schwer geistig behindert gelten. In W. Jantzen, W. Lanwer-Koppelin & K. Schulz (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden* (S. 217-231). Berlin: Marhold.

- Seifert, M. (2002). Menschen mit schwerer Behinderung in Heimen. Ergebnisse der Kölner Lebensqualität-Studie. *Geistige Behinderung*, 41 (3), 202-222.
- Seifert, M. (2006). *Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen. Forschungsmethodischer Zugang und Forschungsergebnisse*. Vortrag auf der 20. Jahrestagung der Integrationsforschung "Integration - Inklusion im Dialog. Bildungspolitik und Integrationsforschung im Gespräch", Rheinsberg, 15. - 18. Februar 2006. Zugriff am 23.02.2009, von <http://www.inklusion-online.net/index.php?menuid=20&reporeid=21>
- Seligmann, M.E.P. (1986). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Semmer, N. (1990). Stress und Kontrollverlust. In F. Frei & I. Udris (Hrsg.), *Das Bild der Arbeit* (S. 190-207). Bern: Huber.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline. The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday-Currency.
- Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin-Verlag.
- Shadish, W.R., Cook, T.D. & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- SHL – Stiftung Haus Lindenhof (2000). *Die Zukunft hat schon begonnen. ZAC – Zukunft – Anfang – Chance*. Dokumentation der Zukunftskonferenz des Bereichs Wohnen für Menschen mit Behinderung am 19. und 20.05.2000. Schwäbisch Gmünd: Stiftung Haus Lindenhof.
- SHL – Stiftung Haus Lindenhof (Hrsg.) (2001a). *Auf zu neuen Ufern. Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung und Deinstitutionalisierung*. Dokumentation der Tagung am 11.10.2001 in Schwäbisch Gmünd. Schwäbisch Gmünd: Stiftung Haus Lindenhof.
- SHL – Stiftung Haus Lindenhof (2001b). *ZAC Konzeption*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- SHL – Stiftung Haus Lindenhof (2002a). *Gesprächsnotizen vom Angehörigentag in Durlangen am Freitag, den 11.10.2002*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- SHL – Stiftung Haus Lindenhof (2002b). *Wir sind umgezogen. Wohngemeinschaft Durlangen (seit 18.02.2002)*. Notizen aus einem Mitarbeitergespräch am 19.04.2002. Unveröffentlichtes Manuskript.
- SHL – Stiftung Haus Lindenhof (Hrsg.) (2006). *Dokumentation der ZAC Tagung am 04.04.2006 in Schwäbisch Gmünd*. Schwäbisch Gmünd: Stiftung Haus Lindenhof.
- Siegert, J. (2008). Persönliche Zukunftsplanung. Inklusive Perspektive in der individuellen Hilfeplanung. In DHG – Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hrsg.), *Sozialraum Orientierung in der Behindertenhilfe* (S. 96-104). Dokumentation der DHG-Tagung vom 03.-05.12.2007 in Bonn.
- Simon, M., Tackenberg, P. Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Universität Wuppertal. Zugriff am 23.02.2009, von <http://www.next.uni-wuppertal.de>
- Sinason, V. (2000). *Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins*. Neuwied: Luchterhand.
- Sjöberg, M. (1994). *Neue Rechte für Personen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit*. Schwedisches Institut, Stockholm.
- SMBW – Sozialministerium Baden-Württemberg (2005). *Dezentralisierung von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Grundlagenpapier des Landesausschusses für die Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen in Baden-Württemberg*. Stuttgart: Sozialministerium.
- Sokal, A. & Bricmont, J. (1999). *Eleganter Unsinn. Wie die Denker der Postmoderne die Wissenschaften mißbrauchen*. München: C.H. Beck.
- Sonnenberg, K. (2005). Beteiligung statt Ausgrenzung – Zur Methodik der Befragung von Menschen mit Behinderungen. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 56 (6), 45-53.
- Sonnenmoser, M. (2006). Geld regiert die Welt – und ist doch nicht alles. Was Führungskräfte motiviert und demotiviert. *Personalführung*, 39 (7), 42-46.
- Spiess, K. (2006). Change Management von unten gesehen: Was Mitarbeiter zum Wandel sagen. *Organisationsentwicklung*, 25 (1), 80-87.

- Spießl, H., Schmid, R., Cording, C., Klein, H.E. & Adler, L. (2006). Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für psychiatrische Kliniken. *Krankenhauspsychiatrie*, 17 (1), 2-8.
- Spitz, R.A. (1985). Hospitalismus I & II. In G. Bittner & E. Harms (Hrsg.), *Erziehung in früher Kindheit. Pädagogische, psychologische und psychoanalytische Texte*. München: Piper.
- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungsperspektiven in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus.
- Staudinger, U.M. (1997). *Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens* (Unveröffentlichtes Manuskript). Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Steffanowski, A., Nübling, R., Schmidt, J. & Löschmann, C. (2006). Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation – Computergestütztes Routinemonitoring der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 19, 35-46.
- Stein, R.M. (1983). Coupling – uncoupling: Bindung und Freiheit. Gedanken über die Entwicklung der Ehe-Archetyps. *Analytische Psychologie*, 14 (1), 1-14.
- Steinhart, I. (2008). Praxis trifft Inklusion. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 40 (1), 29-34.
- Steinhart, I. & Gerst, P. (1996). Mehr Lust am Umzug. Sozialmanagement und Personalentwicklung als Instrumente der Enthospitalisierung. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 204-235). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stern, D.N. (1992). Das Empfinden eines subjektiven Selbst. In D.N. Stern, *Die Lebenserfahrungen des Säuglings* (S. 198-230). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stinkes, U. (2000). Selbstbestimmung – Vorüberlegungen zur Kritik einer modernen Idee. In K. Bundschuh (Hg.), *Wahrnehmen – Verstehen – Handeln. Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert* (S. 162-192). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Strasser, J. (1986). Sicherheit als destruktives Ideal. *Psychologie heute*, 13 (5), 28-36.
- Straßmeier, W. (2000). Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Bezirkskrankenhäusern Bayerns – Gut gemeint oder gut gemacht? *Behindertenpädagogik*, 39 (4), 351-368.
- Straßmeier, W. & Lindenmeier, B. (1998). Enthospitalisierung geistig Behinderteter aus psychiatrischen Kliniken. *Geistige Behinderung*, 37 (2), 178-180.
- Strauss, D., Eyman, R.K. & Grossman, H. (1997). The prediction of mortality in children with severe mental retardation: The effects of placement. *American Journal of Public Health*.
- Stuber, M. (2003). *Diversity: Das Potential von Vielfalt nutzen – den Erfolg durch Offenheit steigern*. München: Luchterhand.
- Symalla, R. (2007). Das TEACCH-Konzept. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 236-240). Stuttgart: Schattauer.
- Theben, B. (1999). Bürgerrechte behinderter Menschen – das Urteil des OLG Köln und seine Implikationen für die Gleichstellung. In W. Jantzen, W. Lanwer-Koppelin & K. Schulz (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden* (S. 285-295). Berlin: Marhold.
- Thebrath, J. (2008). *Überwachte Freiheit ist keine Freiheit*. Kommentar vom 11.03.2008. Zugriff am 12.03.2008, von <http://www.tagesschau.de>
- Theiß, D., Aspe, K., Vermeer, A. (2003). Die Messung der selbstwahrgenommenen Kompetenz und sozialen Akzeptanz bei Personen mit geistiger Behinderung. *Motorik*, 26 (3), 127-133.
- Theiß, D., Vermeer, A. & Stoll, O. (2004). Selbst wahrgenommene Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Stand der Forschung. *Integrative Therapie*, 30 (4), 376-394.
- Theunissen, G. (1987). Behindertenpädagogisch-therapeutische Arbeit mit schwergeistig- und mehrfachbehinderten Erwachsenen aus der Perspektive Rheinischer Heilpädagogischer Heime. In W. Dreher, T. Hofmann & C. Bradl (Hrsg.), *Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie* (S. 174-193). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Theunissen, G. (1992). Zur Lage hospitalisierter (psychiatrisch untergebrachter) Menschen mit geistiger Behinderung in den neuen Bundesländern. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 43 (10), 680-687.
- Theunissen, G. (1996). Enthospitalisierung in Deutschland. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 67-93). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Theunissen, G. (Hrsg.) (1998). *Enthospitalisierung – ein Etikettenschwindel? Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Theunissen, G. (1999). *Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen* (4., völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Theunissen, G. (2000). *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis* (3., stark erweiterte und überarbeitete Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Theunissen, G. (2007a). *Empowerment behinderter Menschen. Inklusion – Bildung – Heilpädagogik – Soziale Arbeit*. Freiburg: Lambertus.
- Theunissen, G. (2007b). Validierende Assistenz. Ein subjektzentriertes Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. *Geistige Behinderung*, 46, 140-151.
- Theunissen, G., Dieter, M. & Neubauer, G. (2002). Lebensweltbezogene Behindertenarbeit. Zum Wohnen institutionalisierter Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. *Behindertenpädagogik*, 41 (1), 51-66.
- Theunissen, G. & Hoffmann, C. (1998). Enthospitalisierung – eine Bestandsaufnahme aus den neuen Bundesländern. *Geistige Behinderung*, 37 (4), 335-347.
- Theunissen, G. & Plaute, W. (2002). *Handbuch Empowerment und Heilpädagogik*. Freiburg: Lambertus.
- Thimm, W. (1978). Behinderungsbegriff und Lebensqualität. Ansätze zu einer Vermittlung zwischen sonderpädagogischer Theorie und Praxis. In Verband Bildung und Erziehung (VBE) (Hrsg.), *Brennpunkt Sonderschule – 77. Sonderschultag* (S. 24-30). Bonn-Bad Godesberg: VBE.
- Thimm, W. (1992). Normalisierung in der Bundesrepublik. Versuch einer Bestandsaufnahme. *Geistige Behinderung*, 31, 283-291.
- Thimm, W. (1994). *Leben in Nachbarschaften. Hilfen für Menschen mit Behinderungen*. Freiburg: Herder.
- Thimm, W. (1997). Kritische Anmerkungen zur Selbstbestimmungsdiskussion in der Behindertenhilfe oder: Es muss ja immer einmal etwas Neues sein. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 48, 222-232.
- Thimm, W. (Hrsg.) (2005). *Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzeptes*. Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Tiesler, J. (1996). Hoffnung macht, dass die Aufgabe erkannt ist. In C. Bradl & I. Steinhart (Hrsg.), *Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung* (S. 94-101). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Tizon, A. & Lonchamp, F. (2004). Herzen im Akkord. Wie die Unternehmer mit der Technologie den Klassenkampf austreiben. *the planet*, 01/2004, 2-3.
- Tossebro, J. (1995). Impact of size revisited: Relation of number of residents to selfdetermination and deprivatization. *American Journal on Mental Retardation*, 1/1995, 59-67.
- Trost, R. (Hrsg.) (1993). *Wege zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit geistiger Behinderung*. Dokumentation der Fachtagung im Heinrich-Fabri-Institut, Geistes- und Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum der Universität Tübingen vom 09.-10.04.1992 in Blaubeuren.
- Tüllmann, M. (2004). Von unseren Nachbarn lernen. *Neue Caritas*, 11/2004, 20-22.
- Udris, I. & Alioth, A. (1980). Fragebogen zur "Subjektiven Arbeitsanalyse" (SAA). In E. Martin, I. Udris, U. Ackermann & K. Oegerli, *Monotonie in der Industrie* (S. 61-68 und 204-207). Schriften zur Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Bd. 29. Bern: Huber.
- Ulich, E. (1978). Über das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung. *Industrielle Organisation*, 47, 566-568.

- Ulich, E. (1984). Psychologie der Arbeit. In *Management-Enzyklopädie*, Band 7 (S. 914-929). Landsberg: Moderne Industrie.
- Ulich, E. (1994). *Arbeitspsychologie*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Ulich, E. (2003). *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern: Huber.
- Ulich, E., Schüpbach, H., Schilling, A. & Kuark, J.K. (1990). Concepts and procedures of work psychology for the analysis, evaluation and design of advanced manufacturing systems: a case study. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 5, 47-57.
- USTA (1999). Möglichkeiten des Übergangs vom Heim in gemeinwesenintegrierte Wohnformen am Beispiel Annagarten (Oranienburg). Kurzinformation zum Projekt USTA. In J. Eisenberger, M. T. Hahn, C. Hall, A. Koepp & C. Krüger (Hrsg.), *Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach. Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 364-366). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Van de Vall, M. (1993). *Angewandte Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Vieten, B. & Brinkmann, H. (2000). Zufriedenheit der Angehörigen im Prozess der Deinstitutionalisierung. *Psychiatrische Praxis*, 27, 221-227.
- Vogt-Heyder, B. (1987). Ehe am Ende? Partnerschaft zwischen Sicherheit und Frustration. *Sexualmedizin*, 16 (5), 212-216.
- Volpert, W. (1990). Welche Arbeit ist gut für den Menschen? Notizen zum Thema Menschenbild und Arbeitsgestaltung. In F. Frei & I. Udrys (Hrsg.), *Das Bild der Arbeit* (S. 23-40). Bern: Huber.
- Wacker, E. (1994). Qualitätssicherung in der sozialwissenschaftlichen Diskussion. *Geistige Behinderung*, 33, 267-281.
- Wacker, E. (2001). Wohn-, Förder- und Versorgungskonzept für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung – Band 5* (S. 43-121). Opladen: Leske & Budrich.
- Wacker, E. (2008). Selbstbestimmung und Behinderung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 40 (1), 11-27.
- Wacker, E., Wansing, G. & Hölscher, P. (2003). Maß nehmen und Maß halten – in einer Gesellschaft für alle. Von der Versorgung zur selbstbestimmten Lebensführung. *Geistige Behinderung*, 42 (2), 108-118.
- Wacker, E., Wetzler, R., Metzler, H. & Hornung, C. (1998). *Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe*. Baden-Baden: Nomos.
- Walheim, P. (2007). "Gefahr für die Kleinen". Aufregung um geplante Behindertenwohnungen in Villingen. Kindergarten-Eltern befürchten Übergriffe der neuen Nachbarn. *Schwäbisch Post*, Ausgabe vom 08.03.2007, 12.
- Waldenfels, B. (1998). *Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Waldschmidt, A. (1999). *Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Männer und Frauen*. Opladen: Leske & Budrich.
- Weber, A. (1995). *Arbeitszufriedenheit der Betreuer in Wohnheimen für geistig behinderte Menschen (unter besonderer Berücksichtigung der Unterschiede zwischen Männern und Frauen)*. Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Weber, E. (2003). Persönliche Assistenz – assistierende Begleitung. Veränderungsanforderungen für professionelle Betreuung und für Einrichtungen der Behindertenhilfe. *Geistige Behinderung*, 42, 4-22.
- Weber, E. (2004). De-Institutionalisieren: Konzeptionen, Umsetzungsmöglichkeiten und Perspektiven zwischen fachwissenschaftlichem Anspruch und institutioneller Wirklichkeit. Dissertation.

- Heilpädagogische Fakultät der Universität Köln. Zugriff am 23.02.2009, von <http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2004/1305/>
- Weber, M. (2007). Kognitive Verfahren. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (S. 218-222). Stuttgart: Schattauer.
- Wedekind, R., Conradt, B. & Muth, T. (1994). *Wege der Eingliederung geistig behinderter Menschen aus Psychiatrischen Kliniken in ein Leben so normal wie möglich*. Abschlussbericht der Begleitforschung zur Eingliederung geistig behinderter Menschen aus Psychiatrischen Kliniken, Heilpädagogischen Heimen und Einrichtungen in Hessen und im Rheinland (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 32). Baden-Baden: Nomos.
- Wehmeyer, M.L., Agran, M. & Hughes, C. (1999). *Teaching self-determination to students with disabilities. Basic skills successful transition*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Weiner, B. (1986): *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer.
- Weiß, H. (1992). Annäherung an den Empowerment-Ansatz als handlungsorientierendes Modell in der Frühförderung. *Frühförderung Interdisziplinär*, 11, 157-169.
- Weiß, H. (2000). Selbstbestimmung und Empowerment – Kritische Anmerkungen zu ihrer oftmaligen Gleichsetzung im sonderpädagogischen Diskurs. In H.-P. Färber, W. Lipps & T. Seyfarth für die Körperbehindertenförderung Neckar-Alb (Hrsg.), *Wege zum selbstbestimmten Leben trotz Behinderung* (S. 119-143). Tübingen: Attempto.
- Weiß, H. (2001). Eltern stark machen! Eltern und Therapeut(inn)en – ein Verhältnis, das in Spannung hält. *Geistige Behinderung*, 40 (3), 210-222.
- Wendeler, J. (2000). Arbeitszufriedenheit von Betreuern in Wohnstätten. *Geistige Behinderung*, 39, 249-258.
- Wenderlein, F. U. (2003). Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege, Untersuchung an 1021 Examinierten und Schülern. *Das Gesundheitswesen*, 65 (11), 620-628.
- Wendt, W.R. (1997). Auf dem Weg zur lernenden Organisation. *Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit*, 144, 177-183.
- Westendarp, A.M. (2006). Patientenbefragung als Mittel der Qualitätssicherung im Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 13(3), 73-97.
- Westermann-Binnenwies, A. (2004). *Zeit und Macht im Krankenhaus. Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis- und Regelversorgung*. Berlin: uni-edition.
- Wetzler, R. (1998). Einrichtungen der Behindertenhilfe. In M. Häussler-Sczepan (1998), *Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung* (S. 51-62). Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Zugriff am 17.02.2009, von http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien* (2., korr. Aufl.). Bern: Huber. Zugriff auf die Version 2006 am 17.02.2009, von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>
- Wienberg, G., (1990). Das Ende der Besinnlichkeit. In T. Bock & S. Mitzlaff (Hrsg.), *Von Langzeitpatienten für Akutpsychiatrie lernen. „Die Entdeckung der Langsamkeit“*. DGSP-Schriftenreihe (S. 180-184). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Willer, B. & Intagliata, J. (1984). *Promises and realities for mentally retarded citizens: Life in the community*. Baltimore: University Park Press.
- Windisch, M. (1997). Mehr Lust statt Frust in der Behindertenbetreuung ? Vergleichende Untersuchungsergebnisse zu Burnout-Erscheinungen in der stationären Behindertenbetreuung anthroposophischer Lebensgemeinschaften. *Geistige Behinderung*, 36 (3), 277-289.
- Windisch, M. (2004). Assistenzorientierung in der sozialen Arbeit mit behinderten Menschen. Vergleichender Überblick und Analyse von Ansätzen. *Gemeinsam leben*, 12/2004, 64-70.

- Wolfensberger, W. (1991). *Der neue Genozid an den Benachteiligten, Alten und Behinderten*. Gütersloh: Jacob van Hoddiss.
- Wolfersdorf, M., Ropers, G., Spancken, E., Moos, M., Berger, H., Adler, L. & Reymann, G. (2002). Enthospitalisierung: Probleme aus klinischer Sicht. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Bundesdirektorenkonferenz. *Krankenhauspsychiatrie*, 13 (4), 138-144.
- Wüllenweber, E. (2008a). *Die Behindertenhilfe im Veränderungsprozess. Was erwarten und was benötigen Mitarbeiter(innen)? Forschungsergebnisse, Thesen, Herausforderungen*. Vortrag, gehalten auf dem CBP-Kongress "Menschen schaffen Werte" am 12.06.2008 in Regensburg.
- Wüllenweber, E. (2008b). Die Mitarbeiter sind Träger der neuen Grundausrichtung. *Neue Caritas*, 19/2008, 14-16.
- Wüthrich, H.A., Philipp, A. & Osmet, D. (2008). Musterbruch erwünscht: Warum wir neues Denken in der Unternehmensführung brauchen! Zugriff am 24.02.2009, von http://www.zfu.ch/service/fartikel/fartikel_05_allg.htm
- Zapf, D., Seifert, C., Mertini, H., Voigt, C., Holz, M., Vondran, E., Isic, A. & Schmutte, B. (2000). Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In H.-P. Musahl & T. Eisenhauer (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen* (S. 99-106). Heidelberg: Asanger.
- Zirfas, J. (1997). Glück. In C. Wulf (Hrsg.), *Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie* (S. 812-821). Weinheim: Beltz.

Anhang

A – Fragebögen, Anschreiben, Dokumente

A1 – Fragebogen zum Gesundheitszustand der Menschen, die in der Institution leben

Fragebogen zum Gesundheitszustand der BewohnerInnen

Name: _____ Wohngruppe: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

1. bekannte Diagnosen: _____

2. Häufigkeiten Hausarztbesuche in den vergangenen 12 Monaten

-> zur Kontrolle: _____ -> bei Erkrankung: _____

3. Besuch Zahnarzt in den vergangenen 6 Monaten -> ja / nein

4. Besuch Frauenarzt in den vergangenen 6 Monaten -> ja / nein

5. Epilepsie

-> Häufigkeit der dokumentierten Anfälle in den vergangenen 3 Monaten: _____

6. Psychopharmaka

-> aktuelle Dosierung: _____

7. Andere Langzeitmedikation

-> aktuelle Dosierung: _____

8. Kontrolle der Schilddrüse in den vergangenen 6 Monaten -> ja / nein

9. Verdauungsstörungen in den vergangenen 4 Wochen (z.B. Erbrechen, Verstopfung, Durchfall, Blähungen) -> ja / nein

10. Hauterkrankungen in den vergangenen 4 Wochen (z.B. Pilzbefall, Ekzeme, Ausschlag usw.) -> ja / nein

11. Ablagerung von Ohrensekret -> ja (verstopft) / nein (frei)

12. Sonstiges: _____

A2.1 – Aktivitätenliste, Seite 1

Aktivitätenliste

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfassen, welche Aktivitäten und in welcher Häufigkeit die BewohnerInnen im Alltag nachgehen. Um dies zu ermitteln, bitten wir Sie als MitarbeiterIn stellvertretend für die Bewohnerin / den Bewohner den Fragebogen auszufüllen.

Dabei werden Sie gebeten, als Grundlage Ihrer Antworten die zurückliegenden sechs Monate zu nehmen. Dabei ist es egal, ob die Aktivitäten in der Gruppe durchgeführt wurden oder alleine sowie ob die Aktivitäten in der Stadt oder in der Einrichtung durchgeführt wurden.

Bitte kreuzen Sie zu der jeweiligen Aktivität die Spalte an, die für die jeweilige Person in den letzten sechs Monaten am ehesten zutreffen hat.

Zusätzlich bitten wir Sie in der letzten Spalte anzugeben, wie gerne jemand diese Aktivität durchführt. Dabei gilt

- ++ die Bewohnerin macht diese Aktivität sehr gerne
- + der Bewohner macht diese Aktivität etwas oder manchmal gerne
- 0 der Bewohner macht diese Aktivität nicht gerne.

Wie oft hat _____ (Name) in den zurückliegenden sechs Monaten im Durchschnitt folgende Aktivität durchgeführt?

Aktivität	Täglich	Mehrmals in der Woche	Einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat	Ein paar Mal im halben Jahr	Nie	Angenehm
1. Fernsehen								
2. Hausarbeit machen								
3. Backen / Kochen								
4. Reparaturen am Haus / in der Wohnung, Gartenarbeit								
5. einfach nichts tun, faulenzten								
6. Bücher / Zeitschriften lesen (anschauen)								
7. Schallplatten, CD's, Kassetten hören (ggf. Radio)								
8. Videofilme anschauen								
9. mit dem Computer beschäftigen / Computerspielen								
10. das Internet oder spezielle Online-Dienste nutzen								
11. Hobbys (etwas Sammeln, Kreuzworträtsel-Lösen, Handarbeiten, Basteln)								
12. geselliges Beisammensein								
13. Karten- und Gesellschaftsspiele mit Mitbewohnern, Freunden								
14. Yoga, Meditation, autogenes Training, Körpererfahrung								
15. Besuch bekommen von Nachbarn, Freunden oder Bekannten								
16. Besuch bekommen von Familienangehörigen oder Verwandten								
17. um ein Haustier kümmern								

A2.2 – Aktivitätenliste, Seite 2

Aktivität	Täglich	Mehrmals in der Woche	Einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat	Ein paar Mal im halben Jahr	Nie	Angenehm
18. Einkäufe machen								
19. Stadtbummeln								
20. Essen oder Trinken gehen (Café, Kneipe, Restaurant)								
21. Nachbarn, Freunde oder Bekannte besuchen gehen								
22. Familienangehörige oder Verwandte besuchen gehen								
23. Spaziergehen, Wandern								
24. Künstlerische und musische Tätigkeiten (Malerei, Musizieren, Fotografie, Theater, Tanz)								
25. (Tages-) Ausflüge machen								
26. Kurzreisen (1-3 Übernachtungen) machen								
27. Kirchgang, Besuch von religiösen Veranstaltungen								
28. aktive sportliche Betätigung / Sport, Bewegung								
29. Besuch von Sportveranstaltungen								
30. ins Kino gehen								
31. Tanzveranstaltungen / Disco / Jazz- / Popkonzert besuchen								
32. Theater, klassisches Konzert besuchen								
33. in Ausstellungen / Museum gehen								
34. (Erwachsenen-) Bildungsangebote wahrnehmen (z.B. EWB, VHS)								
35. Jugendgruppe, Seniorengruppe besuchen								

Ausgefüllt am: _____

Ausgefüllt von: _____

A3.1 – Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution leben, (gekürzte Version), Seite 1

Erfassung der Zufriedenheit von Menschen mit Behinderung

Name: _____

Wohngruppe: _____

Ausgefüllt von: _____

am: _____

Der Bewohner / die Bewohnerin war nicht beteiligt, weil _____

1 Wie oft treffen sie sich mit ihren Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen im Lindenhof?

☐ 1 x und mehr in der Woche ☐ 1 x und mehr im Monat ☐ seltener als 1 x im Monat

Wie oft besuchen sie ihre Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen?

☐ 1 x und mehr in der Woche ☐ 1 x und mehr im Monat ☐ seltener als 1 x im Monat

Sind sie damit zufrieden?

☐ ja ☐ nein ☐ ist mir nicht wichtig

Erläuterungen _____

2 Haben sie Freunde außerhalb der Wohngruppe?

☐ ja, Anzahl: _____ ☐ nein

Sind sie damit zufrieden?

☐ ja ☐ nein ☐ ist mir nicht wichtig

Wenn ja, wie oft unternehmen sie mit ihren Freunden etwas gemeinsam?

☐ 1 x und mehr in der Woche ☐ 1 x und mehr im Monat ☐ seltener als 1 x im Monat

Sind sie damit zufrieden?

☐ ja ☐ nein ☐ ist mir nicht wichtig

Erläuterungen _____

A3.2 – Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution leben, (gekürzte Version), Seite 2

3 Wer hat ihr Zimmer eingerichtet (Möbel, Bilder etc. ausgesucht)

- ☐ sie selber ☐ zusammen mit MitarbeiterInnen/Angehörigen
☐ die MitarbeiterInnen ☐ weiß ich nicht

Sind sie damit zufrieden?

- ☐ ja ☐ nein ☐ ist mir nicht wichtig

Erläuterungen _____

4 Schmeckt ihnen das Essen?

- ☐ ja, gut ☐ es geht so ☐ nein, schlecht

Was würden sie gerne häufiger essen?

Erläuterungen _____

5 Wer sucht aus, was sie morgens anziehen?

- ☐ ich selber ☐ die MitarbeiterInnen ☐ wir gemeinsam

Sind sie damit zufrieden?

- ☐ ja ☐ nein ☐ ist mir nicht wichtig

Erläuterungen _____

6 Was unternehmen sie in ihrer Freizeit?

Würden sie gerne mehr unternehmen?

- ☐ ja ☐ nein ☐ ist mir nicht wichtig

Was würden sie gerne häufiger unternehmen?

 Erläuterungen _____

A3.3 – Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution leben, (gekürzte Version), Seite 3

7 Welche Wünsche und Ziele haben sie?

Wenn sie keine haben: Werden sie darin unterstützt, welche zu entwickeln?

☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

Sind sie damit zufrieden?

☐ ja ☐ nein ☐ ist mir nicht wichtig

Erläuterungen

8 Wie zufrieden sind sie im Moment mit ihrem Leben?



Erläuterungen

9 Was sie sonst noch sagen möchten:

A4.1 – Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution arbeiten,
Seite 1Stiftung
Haus **Lindenhof**Träger von Einrichtungen
für behinderte
und alte MenschenWohnen für Menschen
mit Behinderungen**Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit
von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern**

Der vor Ihnen liegende Fragebogen gliedert sich in zwei Teile.
In Teil 1 auf den Seiten 2 und 3 bitten wir Sie um Rückmeldung zu wesentlichen Arbeitsinhalten.

Hierzu sind verschiedene Aussagen zu einzelnen Arbeitsinhalten aufgeführt. Neben diesen Aussagen befinden sich Kästchen mit den folgenden Abstufungen: „stimmt genau“ – „stimmt in etwa“ – „unentschlossen“ – „stimmt eher nicht“ – „stimmt gar nicht“. Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Ansicht am ehesten trifft. Es gibt keine richtige oder falsche Antwort.

In Teil 2 auf der Seite 4 bitten wir Sie um eine zusammenfassende Zufriedenheitseinschätzung.

Auch hier finden Sie wieder Aussagen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihre Ansicht am ehesten trifft. Zusätzlich können Sie am Ende des Fragebogens zwei Fragen schriftlich beantworten. Falls Sie dies mit einem Computer machen wollen: die leeren Zeilen beginnen bei 23,5 cm und 25 cm.

Wir möchten mit Ihrer Rückmeldung arbeiten und sie in die Gestaltung der Arbeitsbedingungen einfließen lassen. Hierzu wollen wir Ihnen den Fragebogen wiederholt vorlegen, um Veränderungen nachvollziehen zu können.

Um diese Veränderungen statistisch korrekt zu erfassen, muss erkennbar sein, dass zwei Fragebögen von der selben Person ausgefüllt wurden. Hierzu wählen wir das Verfahren der persönlichen Kodierung. Diese Kodierung können nur Sie ausfüllen. Wir können aufgrund der Kodierung keine Rückschlüsse auf Sie ziehen, Ihre Anonymisierung bleibt somit erhalten!

Die Kodierung setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

1. Die Summe Ihres Geburtstages und dem Ihrer Mutter.

Beispiel: 12. Mai und 07. Oktober -> $12 + 7 = 19$

2. Die Summe Ihres Geburtsmonats und dem Ihrer Mutter.

Beispiel: 12. Mai und 07. Oktober -> $5 + 10 = 15$

3. Letzter Buchstabe Ihres Geburtsortes

Beispiel: München -> N

Die Beispielkodierung lautet somit: 19 - 15 - N

Bitte tragen Sie hier Ihre Kodierung ein: _____

Kreuzen Sie abschließend bitte noch an, in welchem Haus Sie arbeiten:

- ☐ Haus Raphael ☐ Haus Michael oder Haus Gabriel ☐ Haus Kamillus
☐ Bischof-Spröhl-Haus ☐ Bischof-Ketteler-Haus

A4.2 – Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution arbeiten,
Seite 2

- 2 -

Teil 1 – Rückmeldung zu wesentlichen Arbeitsinhalten

	stimmt genau	stimmt in etwa	unent- schlossen	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
1. Selbständiges Verfügen über Arbeitszeit					
a) ich kann auf die Gestaltung meines Dienstplanes Einfluß nehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ich kann meine Zeit am Tag nicht selber einteilen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ich kann meinen Urlaub selbst planen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ich kann Überstunden weder sinnvoll noch zeitnah abbauen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ich finde Möglichkeiten, mit einzelnen BewohnerInnen etwas zu unternehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bestimmen von Inhalten der täglichen Arbeit					
a) ich bin für die Inhalte meiner Arbeit mit den BewohnerInnen verantwortlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ich kann für die BewohnerInnen eigenverantwortlich Absprachen mit anderen Bereichen und Angehörigen treffen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ich kann Projekte und pädagogische Maßnahmen nicht selbständig planen und durchführen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ich weiß manchmal nicht, was meine täglichen Auf- gaben sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Einfluß auf Mittel der Arbeitsgestaltung					
a) ich kann eigenverantwortlich mit Geldern der Gruppe umgehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ich kann nicht bei der Etatplanung mitwirken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ich weiß immer, wo ich Hilfsmittel (Spiele, Räum- lichkeiten, Autos etc.) für die tägliche Arbeit finde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ich kann auf die Zusammensetzung meines Teams Einfluß nehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Möglichkeiten der eigenen Entwicklung					
a) ich kann meine berufliche Kompetenz in meine Arbeit nicht einbringen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ich kann neue, andere, interessante Arbeitsteile und -felder in der Stiftung Haus Lindenhof übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) es gibt Angebote und Möglichkeiten zu meiner beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung in der Stiftung Haus Lindenhof.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) es gibt für mich ausserhalb der Stiftung Haus Lindenhof Angebote und Möglichkeiten zu meiner beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4.3 – Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution arbeiten,
Seite 3

- 3 -

stimmt genau	stimmt in etwa	unent- schlossen	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
-----------------	-------------------	---------------------	-------------------------	---------------------

5. Information und Transparenz

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ich erfahre keine Hintergründe von Leitungsent-
scheidungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ich erfahre etwas über die politische und finanzielle
Situation meines Arbeitsfeldes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) mir sind die konzeptionellen Grundlagen meiner Ar-
beit bewusst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ich erfahre nichts aus den anderen Bereichen und
Einrichtungen der Stiftung Haus Lindenhof..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6. Zusammenarbeit und Kommunikation mit Kol-
leg-Innen**

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) unsere Teamgespräche sind konstruktiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ich kann mich auf Absprachen mit KollegInnen nicht
verlassen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) meine Ideen und Rückmeldungen sind von meinen
KollegInnen gefragt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) meine KollegInnen sind mir in schwierigen Situatio-
nen keine Hilfe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. Zusammenarbeit und Kommunikation mit Vor-
gesetzten**

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ich werde von meiner / meinem Dienstvorgesetzten
wahrgenommen und er / sie weiß über meine Arbeit
Bescheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ich erfahre rechtzeitig Rückmeldung von meiner/
meinem Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) meine Ideen und Rückmeldungen werden von mei-
ner / meinem Vorgesetzten nicht ernst genommen... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ich erfahre von meiner / meinem Vorgesetzten keine
Anerkennung für meine Leistungen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Identität und Stimmigkeit in der Arbeit

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) die Stiftungsziele und das Handeln in meinem Ar-
beitsfeld stimmen überein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ich kann meine Werte und Ziele in den Stiftungszie-
len nicht wiederfinden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ich kann mit meiner Arbeit einen Beitrag leisten zur
Normalisierung der Lebenssituation von Menschen
mit geistiger Behinderung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) mir fällt es schwer, die Stiftung Haus Lindenhof ge-
genüber Freunden und Bekannten zu vertreten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A4.4 – Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution arbeiten, Seite 4

- 4 -

Teil 2 – Zusammenfassende Zufriedenheitseinschätzung

stimmt genau	stimmt in etwa	unent- schlossen	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
-----------------	-------------------	---------------------	-------------------------	---------------------

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Diese Arbeitsstelle ist genau das Richtige für mich, ich fühle mich wohl hier..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Als MitarbeiterIn kann ich nicht viele Ansprüche stellen, was die Erfüllung meiner eigenen Bedürfnisse im Arbeitsverhältnis betrifft..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Im Laufe der Zeit konnte ich meine Ansprüche an meine Arbeitsstelle erhöhen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie mit Ihrer Arbeitsstelle *zufrieden* sind, beantworten Sie bitte Frage 4 und lassen Sie die Frage 5 aus. Wenn Sie mit Ihrer Arbeitsstelle *unzufrieden* sind, lassen Sie bitte die Frage 4 aus und beantworten Sie die Frage 5.

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Ich bin mit meiner Stelle zufrieden! | | | | | |
| Ich erwarte auch nicht zuviel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hier kann ich es noch weit bringen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoffentlich bleibt alles so gut..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schließlich könnte es schlimmer sein..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Ich bin mit meiner Stelle unzufrieden! | | | | | |
| Wenn sich nichts ändert, suche ich mir eine neue..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich ärgere mich zwar über viele Dinge, glaube aber, dass sich in Zukunft einiges ändern wird..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich weiß aber nicht, was ich tun soll..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Die Personen A, B und C sind unterschiedlicher Meinung. Kreuzen Sie bitte diejenige Meinung an, die Ihrer *eigenen* am ehesten entspricht. Es ist nur *eine* Nennung möglich!

- | | |
|---|--------------------------|
| A: Ich finde es gut, dass es bei meiner Arbeitsstelle die Möglichkeit gibt, mich Schritt für Schritt zu verbessern..... | <input type="checkbox"/> |
| B: Ich habe hier das, was ich mir vorstelle. Große Verbesserungen kann ich mir gerade nicht vorstellen | <input type="checkbox"/> |
| C: Ich möchte wohl, sehe aber keine Möglichkeit, dass ich mich bei dieser Stelle verbessern könnte | <input type="checkbox"/> |

Wir wissen, dass sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für unsere Arbeit zur Zeit verändern. Die Stiftung Haus Lindenhof setzt sich damit auseinander.

Werden Sie in 5 Jahren noch unsere Mitarbeiterin/unser Mitarbeiter sein? ☐ JA ☐ NEIN

Ich entscheide mich so, weil

Was würden Sie brauchen, damit Sie in Ihrer Arbeit noch zufriedener sein können?

.....

.....

A5.1 – Fragebogen zu Zielen in der Arbeit der Menschen, die in der Institution arbeiten, Seite 1

Code _____

Fragebogen zu Zielen in der Arbeit

Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihre Ziele im beruflichen Kontext erfragen. Was möchten Sie erreichen? Warum arbeiten Sie in der Behindertenhilfe?

Dabei gehen wir davon aus, dass Ziele ein wichtiger Bestandteil der Arbeit sind. Ziele können uns motivieren und Kraft geben, gleichzeitig kann das Nicht-Erreichen von Zielen frustrierend und kraftraubend sein.

Bei diesen Fragen geht es weniger um die vielen alltäglichen kleinen Ziele als vielmehr um zeitlich überdauernde Ziele. Ziele also, von denen Sie glauben, dass sie diese noch in einem halben Jahr haben werden.

1. Bitte schreiben Sie in folgende Spalten Ihre Ziele in der Arbeit auf
Bitte nennen Sie mindestens 5 Ziele und höchstens 10.

2. Bitte lesen Sie sich nochmals Ihre Ziele durch. Geben Sie anschließend bitte Ihre drei wichtigsten Ziele an, indem Sie in diese Spalte 1, 2 und 3 vor das jeweilige Ziel schreiben.

Bitte wenden...

A5.2 – Fragebogen zu Zielen in der Arbeit der Menschen, die in der Institution arbeiten, Seite 2

3. Nun möchten wir Sie noch zu Ihren drei wichtigsten Zielen fragen.
 Bitte geben Sie zu den Fragen einen beliebigen Wert zwischen 0 und 100 an.
 Dabei bedeutet 0 -> gar nicht, niemals.
 Dabei bedeutet 100 -> sehr, auf jeden Fall, immer.

Frage	Ihr Ziel Nummer	Wert
A) Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie Ihre Ziele erreichen?	1	
	2	
	3	
B) Wie entschlossen sind Sie, Ihre Ziele zu erreichen?	1	
	2	
	3	
C) Wie oft haben Sie Gelegenheit, Ihren Zielen nachzugehen?	1	
	2	
	3	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

A6.1 – Anschreiben zur 1. Erhebung (Menschen, die in der Institution leben)

Dipl.-Psych. Jan Glasenapp – Lindenhofstr. 101 – 73529 Schwäbisch Gmünd

ZAC-Forschungsprojekt – Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner,

vielen Dank für Ihre Mitwirkung an dem ZAC-Forschungsprojekt.

Die Befragung der BewohnerInnen umfaßt mehrere Fragebögen. Dabei ist die Reihenfolge ihrer Beantwortung unerheblich. Die Fragebögen a) bis e) sind vorrangig von den MitarbeiterInnen auszufüllen:

- a) Fragebogen zum Gesundheitszustand**
- b) Aktivitätenliste**
- c) Erfassung von Stärken und positiven Botschaften**
- d) Heidelberger Kompetenz Inventar (HKI)**
- e) PAS-ADD Checkliste**
- f) Fragebogen zur Zufriedenheit von BewohnerInnen**

Bitte füllen Sie alle Fragebögen komplett aus.
Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.

Nochmals vielen Dank für die Arbeit, die Sie sich machen.

Bei Rückfragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer 802-210.

Mit herzlichen Grüßen



A6.2 – Anschreiben zur 1. Erhebung (Menschen, die in der Institution arbeiten)

Dipl.-Psych. Jan Glasenapp – Lindenhofstr. 101 – 73529 Schwäbisch Gmünd

ZAC-Forschungsprojekt – Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für Ihre Mitwirkung an dem ZAC-Forschungsprojekt.

In diesem Umschlag finden Sie neben diesem Anschreiben die Zusicherung der Vertraulichkeit sowie mehrere Fragebögen:

- a) Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern**
-> diesen Fragebogen kennen Sie bereits von den jährlichen Befragungen im Bereich Wohnen
- b) Teamklima-Inventar (TKI)**
- c) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)**
- d) Fragebogen zur Subjektiven Arbeitsanalyse (SAA)**
- e) Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz (IMA)**
- f) Fragebogen zu Zielen in der Arbeit**

Bitte füllen Sie alle Fragebögen komplett aus.
Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.
Notieren Sie auf allen Bögen Ihren persönlichen Code.
Schicken Sie Ihre Fragebögen im verschlossenen Umschlag wieder an mich.

Nochmals vielen Dank für die Arbeit, die Sie sich machen.

Bei Rückfragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer 802-210.

Mit herzlichen Grüßen



A6.3 – Anschreiben zur 2. Erhebung (Menschen, die in der Institution leben)

Dipl.-Psych. Jan Glasenapp – Möllendorffstr. 104-105 – 10367 Berlin

ZAC-Forschungsprojekt-Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner, die 2.

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner,

vielen Dank für Ihre erneute Mitwirkung an dem ZAC-Forschungsprojekt.

Nach dem Auszug der ersten BewohnerInnen nach Durlangen ist nun schon eine ganze Zeit verstrichen und die damit verbundenen Veränderungen sind für alle allmählich in den Alltag übergegangen. Durch die zweite Befragung sollen die Veränderungen zur ersten Befragung vor dem Auszug erfasst werden. Daher werden nochmals die gleichen und bekannten Fragebögen angewendet.

Die Befragung der BewohnerInnen umfaßt dabei mehrere Fragebögen:

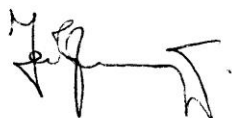
- a) Fragebogen zum Gesundheitszustand**
- b) Aktivitätenliste**
- c) Erfassung von Stärken und positiven Botschaften**
- d) Heidelberger Kompetenz Inventar (HKI)**
- e) PAS-ADD Checkliste**
- f) Fragebogen zur Zufriedenheit von BewohnerInnen**

Die einzelnen Fragebögen werden noch von mir in den einzelnen Teams vorgestellt.
Bitte füllen Sie alle Fragebögen komplett aus.
Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.

Nochmals vielen Dank für die Arbeit, die Sie sich machen.

Bei Rückfragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer 030-55492400, persönlich in der Regel Dienstags und Donnerstags zwischen 13:30-14:00 Uhr und Mittwoches zwischen 15:30-16:00 Uhr.

Mit herzlichen Grüßen



A6.4 Anschreiben zur 2. Erhebung (Menschen, die in der Institution arbeiten)

Dipl.-Psych. Jan Glasenapp – Möllendorffstr. 104-105 – 10367 Berlin

ZAC-Forschungsprojekt – Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die 2.

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für Ihre wiederholte Mitwirkung an dem ZAC-Forschungsprojekt.

Mit dieser 2. Befragung möchte ich die Veränderungen zur ersten Befragung vor über einem Jahr feststellen. Daher erhalten Sie die selben Fragebögen wie bei der ersten Befragung. Lediglich den Fragebogen ‚Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz (IMA)‘ habe ich herausgenommen, da die zahlreichen sehr persönlichen Fragen von vielen Kolleginnen und Kollegen als zu indiskret empfunden und daher nicht oder nur unvollständig beantwortet wurden. Sollten Sie bei der ersten Befragung diesen Fragebogen ausgefüllt haben und persönliche Rückmeldung zu Ihren Antworten wünschen, teilen Sie mir dies bitte bis zum 30. September 2003 mit, andernfalls werde ich diesen Fragebogen aus der ersten Befragung aus Gründen der Gleichbehandlung ohne weitere Auswertung vernichten. Selbstverständlich können Sie auf Wunsch auch zu allen anderen Fragebögen eine persönliche Rückmeldung erhalten.

Alle Fragebögen werden ansonsten streng vertraulich von mir behandelt und sicher aufbewahrt. Ich habe die Fragebögen bereits mit Ihrem persönlichen Code aus der ersten Befragung versehen. Bitte notieren Sie nirgendwo Ihren Namen und senden Sie die ausgefüllten Fragebögen direkt an mich nach Berlin. Die 2. Befragung umfasst folgende Fragebögen:

- a) Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- b) Teamklima-Inventar (TKI)
- c) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)
- d) Fragebogen zur Subjektiven Arbeitsanalyse (SAA)
- e) Fragebogen zu Zielen in der Arbeit

Bitte füllen Sie alle Fragebögen komplett aus.
Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten.

Nochmals vielen Dank für die Arbeit, die Sie sich machen.

Bei Rückfragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer 030-55492400. In der Regel erreichen Sie mich persönlich am Dienstag und am Donnerstag zwischen 13:30 und 14:00 Uhr sowie am Mittwoch zwischen 15:30 und 16:00 Uhr.

Mit herzlichen Grüßen



A7 – Verpflichtungserklärung zum Datenschutz

Stiftung
Haus **Linden**hof

Träger von Einrichtungen
für behinderte
und alte Menschen

Wohnen für Menschen
mit Behinderungen

Lindenhofstraße 127
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon 07171/802-200
Telefax 07171/802-127

ZAC – Forschungsprojekt

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

Mit unserem Projekt ZAC kommen deutliche Veränderungen auf Sie und die Bewohnerinnen und Bewohner zu.

Wir versprechen uns von kleineren Wohneinheiten mit Einzelzimmern, die in die Gemeinden integriert sind, für die BewohnerInnen eine Zunahme an Lebensqualität. Für Sie als MitarbeiterInnen kommen neue Anforderungen zu, gleichzeitig werden Sie größere Handlungs- und Gestaltungsspielräume haben. Dieses wird Auswirkungen auf Ihre Arbeitszufriedenheit haben.

Das Projekt ZAC mit den beteiligten Stockwerken bietet nun die Möglichkeit, zu überprüfen, ob diese gewünschten Veränderungen auch tatsächlich eintreten und wie sie genau aussehen. Zudem möchten wir überprüfen, welche unerwünschten Veränderungen zu beobachten sind, die uns bei der weiteren Planung helfen. Hierzu planen wir ein Forschungsprojekt und bitten Sie um Ihre Mitwirkung. Herr Glasenapp wird das Forschungsprojekt begleiten.

In diesem Zusammenhang werden wir Ihnen viele Fragen stellen. Damit Sie sicher sein können, dass wir mit Ihren Antworten vertrauensvoll umgehen, haben wir uns mit der MAV zusammen gesetzt und folgendes Vorgehen vereinbart. Die MAV unterstützt dieses Forschungsprojekt.

Die Einrichtungen verpflichten sich,

- die Vertraulichkeit Ihrer Antworten zu achten und
- weder MitarbeiterInnen noch Herrn Glasenapp zu Einzelaussagen zu drängen.

Herr Glasenapp verpflichtet sich,

- Ihre Antworten absolut vertraulich zu behandeln,
- die Auswertung lediglich in Form von Gesamtauswertungen vorzunehmen, aus denen keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind, sowie
- die Auswertung öffentlich vorzustellen.

Die MAV verpflichtet sich,

- das Forschungsprojekt kritisch zu beobachten,
- bei Verdacht auf Missbrauch sofort mit Herrn Glasenapp und Frau Pfeil Kontakt aufzunehmen.

Stiftung Haus Lindenhof, den 05.09.2001


J. Glasenapp
Diplom Psychologe


B. Pfeil
Bereichsleiterin


J. Haas
geschäftsführender
MAV-Vorsitzender

B – Daten

Anmerkungen für alle Tabellen. T1 – Treatmentgruppe T1, T2 – Treatmentgruppe T2, K1 – Kontrollgruppe K1, K2 – Kontrollgruppe K2, t1 – Erhebungszeitpunkt 1, t2 – Erhebungszeitpunkt 2

Tabelle 16

Anhang B1 – Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand – Routinebesuche beim Hausarzt

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	2,00	0,00	2,00	0,00
T2	2,75	1,50	2,00	0,00
K1	2,62	0,98	1,65	0,49
K2	2,92	1,26	1,85	0,80

Tabelle 17

Anhang B2 – Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand – Krankheitsbesuche beim Hausarzt

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	6,33	1,21	4,83	1,84
T2	5,00	1,41	2,25	1,89
K1	4,85	3,77	7,46	5,31
K2	3,23	2,89	2,92	3,90

Tabelle 18

Anhang B3 – Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand – Anzahl epileptischer Anfälle

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	0,33	0,52	0,67	1,03
T2	0,75	0,96	5,25	9,85
K1	0,50	1,82	0,31	1,05
K2	0,77	2,49	0,23	0,83

Tabelle 19

Anhang B4 – Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand – Verdauungsbeschwerden

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	0,67	0,52	0,00	0,00
T2	0,40	0,55	0,40	0,55
K1	0,42	0,50	0,28	0,46
K2	0,46	0,52	0,31	0,48

Tabelle 20

Anhang B5 – Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand –
Hauterkrankungen

Gruppe	Mittelwert	t1 Standardabweichung	Mittelwert	t2 Standardabweichung
T1	0,33	0,52	0,17	0,41
T2	1,00	0,00	0,60	0,55
K1	0,54	0,51	0,38	0,50
K2	0,69	0,48	0,50	0,52

Tabelle 21

Anhang B6 – Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand – Auftreten von
Ohrensekret

Gruppe	Mittelwert	t1 Standardabweichung	Mittelwert	t2 Standardabweichung
T1	0,00	0,00	0,00	0,00
T2	0,20	0,45	0,00	0,00
K1	0,73	0,45	0,12	0,33
K2	0,08	0,28	0,23	0,44

Tabelle 22

Anhang B7 – Zufriedenheit mit den Aktivitäten

Gruppe	Mittelwert	t1 Standardabweichung	Mittelwert	t2 Standardabweichung
T1	29,67	7,97	34,83	12,51
T2	30,20	6,34	34,60	5,03
K1	26,08	9,66	27,77	12,89
K2	35,85	10,33	26,77	18,39

Tabelle 23

Anhang B8 – Erfassung von Stärken und positiven Botschaften

Gruppe	Mittelwert	t1 Standardabweichung	Mittelwert	t2 Standardabweichung
T1	200,67	69,17	218,17	88,89
T2	160,60	56,15	184,60	57,63
K1	94,56	68,11	119,17	81,51
K2	219,38	85,74	202,73	92,08

Tabelle 24

Anhang B9 – HKI: Praktische Kompetenzen

Gruppe	Mittelwert	t1 Standardabweichung	Mittelwert	t2 Standardabweichung
T1	28,17	21,16	28,33	23,64
T2	17,20	10,83	18,60	10,36
K1	17,92	18,46	22,00	17,84
K2	35,85	25,91	32,46	23,21

Tabelle 25

Anhang B10 - HKI: Kognitive Kompetenzen

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	40,67	24,47	37,33	27,19
T2	27,60	15,77	30,40	19,19
K1	19,17	22,27	26,23	22,67
K2	59,15	51,04	57,85	50,26

Tabelle 26

Anhang B11 - HKI: Soziale Kompetenzen

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	29,33	24,20	33,33	31,84
T2	29,20	16,21	37,60	21,54
K1	15,42	18,57	34,77	27,21
K2	43,54	29,56	48,62	31,41

Tabelle 27

Anhang B12 - Identifizierte Personen mit Hinweisen auf affektive und neurotische Störungen

Gruppe	t1		t2	
	Anzahl der Personen mit einem Wert > 0	Anzahl der Personen, die den Grenzwert von 6 überschreiten	Anzahl der Personen mit einem Wert > 0	Anzahl der Personen, die den Grenzwert von 6 überschreiten
T1	3	2	2	0
T2	0	0	1	1
K1	1	1	2	1
K2	1	0	2	0
Summe	5	3	7	2

Tabelle 28

Anhang B13 - Identifizierte Personen mit Hinweisen auf mögliche organische Ursachen

Gruppe	t1		t2	
	Anzahl der Personen mit einem Wert > 0	Anzahl der Personen, die den Grenzwert von 5 überschreiten	Anzahl der Personen mit einem Wert > 0	Anzahl der Personen, die den Grenzwert von 5 überschreiten
T1	3	0	3	0
T2	1	0	2	0
K1	3	0	4	0
K2	0	0	2	0
Summe	7	0	11	0

Tabelle 29

Anhang B14 - Identifizierte Personen mit Hinweisen auf psychotische Störungen

Gruppe	t1		t2	
	Anzahl der Personen mit einem Wert > 0	Anzahl der Personen, die den Grenzwert von 2 überschreiten	Anzahl der Personen mit einem Wert > 0	Anzahl der Personen, die den Grenzwert von 2 überschreiten
T1	2	1	0	0
T2	0	0	0	0
K1	4	1	0	0
K2	0	0	0	0
Summe	6	2	0	0

Tabelle 30

Anhang B15 - Allgemeine Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution leben

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	0,75	0,61	1,25	0,88
T2	0,90	0,22	1,10	0,55
K1	1,06	0,81	0,78	0,67
K2	0,94	0,55	0,89	1,00

Tabelle 31

Anhang B16 - SAA, Hauptindize 1: Handlungsspielraum

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	1,25	0,28	1,25	0,33
T2	0,57	0,18	1,01	0,45
K1	1,04	0,10	1,22	0,16
K2	1,16	0,49	0,88	0,63

Tabelle 32

Anhang B17 - SAA, Hauptindize 2: Transparenz

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	1,30	0,23	1,40	0,29
T2	0,81	0,13	0,96	0,29
K1	1,52	0,17	1,66	0,08
K2	1,32	0,22	0,98	0,27

Tabelle 33

Anhang B18 - SAA, Hauptindize 3: Verantwortung

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	1,22	0,26	1,17	0,44
T2	0,94	0,10	0,94	0,26
K1	1,33	0,44	1,17	0,60
K2	0,63	0,25	0,92	0,59

Tabelle 34

Anhang B19 – SAA, Hauptindice 4: Qualifikation

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	1,28	0,06	1,24	0,23
T2	0,69	0,25	0,87	0,32
K1	0,65	0,47	1,24	0,37
K2	1,03	0,15	0,66	0,31

Tabelle 35

Anhang B20 – SAA, Hauptindice 5: Soziale Struktur

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	1,11	0,19	1,41	0,74
T2	0,56	0,40	0,85	0,46
K1	1,33	0,11	1,44	0,48
K2	1,28	0,33	0,92	0,58

Tabelle 36

Anhang B21 – SAA, Hauptindice 6: Arbeitsbelastung

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	3,10	0,37	2,97	0,68
T2	2,51	0,20	3,18	0,61
K1	3,88	0,45	4,01	0,68
K2	3,18	0,60	3,15	0,40

Anmerkung. Die Rohwerte wurden umkodiert, hohe Werte sprechen somit für geringe subjektive wahrgenommene Arbeitsbelastung.

Tabelle 37

Anhang B22 – TKI: Dimension Vision

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	45,33	2,08	46,33	8,33
T2	39,67	4,51	47,00	1,00
K1	41,67	2,52	44,67	6,35
K2	45,25	3,78	39,25	2,22

Tabelle 38

Anhang B23 – TKI: Dimension Aufgabenorientierung

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	25,33	6,51	26,67	4,16
T2	21,50	3,54	27,50	2,12
K1	27,67	0,58	24,67	3,79
K2	29,75	2,87	23,50	2,38

Tabelle 39

Anhang B24 – TKI: Dimension Partizipative Sicherheit

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	44,33	11,59	46,67	12,86
T2	36,67	7,64	50,67	3,22
K1	44,33	4,16	46,67	4,73
K2	50,25	5,32	44,25	12,37

Tabelle 40

Anhang B25 – TKI: Dimension Unterstützung für Innovation

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	27,33	6,66	30,00	6,00
T2	23,00	4,00	31,33	1,53
K1	27,67	2,08	31,67	4,04
K2	31,25	1,26	26,25	7,37

Tabelle 41

Anhang B26 – TKI: Soziale Erwünschtheit

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	17,67	7,23	20,33	7,02
T2	14,33	1,53	19,67	1,53
K1	19,33	1,16	19,00	2,00
K2	22,50	1,73	20,00	4,97

Tabelle 42

Anhang B27 – FKK: Internalität vs. Externalität

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	23,00	12,17	27,33	13,32
T2	5,00	25,46	22,50	14,85
K1	29,00	33,65	20,00	20,66
K2	17,75	12,37	15,25	9,78

Tabelle 43

Anhang B28 – AZK, Item 1: Allgemeine Arbeits(un-)zufriedenheit

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	2,00	0,00	1,33	1,16
T2	0,33	0,58	0,67	0,58
K1	1,33	0,58	1,33	0,58
K2	1,25	0,50	0,75	0,50

Tabelle 44

Anhang B29 – AZK, Item 2: Keine Ansprüche an Arbeitsstelle

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	-1,00	1,00	0,00	1,00
T2	-0,33	0,58	0,00	1,73
K1	-1,67	0,58	-1,67	0,58
K2	-0,75	1,26	-0,25	1,50

Tabelle 45

Anhang B30 – AZK, Item 3: Erhöhung der Ansprüche

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	0,33	1,53	0,67	0,58
T2	0,67	0,58	0,67	0,58
K1	1,33	0,58	1,00	0,00
K2	0,75	0,50	-0,25	0,50

Tabelle 46

Anhang B31 – Transkription der Ziele der Professionellen in der 1. Erhebung

Ziele in der Arbeit – 1. Erhebung					
Nr.	Ziel-Nr.	Ziel	Zielerreichung	Entschlossenheit	Gelegenheit
1	1	Dass Menschen mit Behinderungen in ihrer Umwelt akzeptiert und respektiert werden.	70	100	50
	2	Die Bewohner mit ihren Meinungen, Gedanken und Gefühlen immer ernst nehmen.	80	80	50
	3	Ein gutes Umfeld für die Bewohner zu schaffen, damit sie sich immer wohlfühlen.	50	90	60
2	1	Die Belange und Bedürfnisse der einzelnen Bewohner nicht aus den Augen zu verlieren.	90	100	70
	2	Lebensfreude vermitteln.	90	100	100
	3	Interessen der Bewohner wecken.	70	100	70
3	1	Mehr Normalität.	80	80	80
	2	Selbständigkeit fördern.	60	70	80
	3	Mehr auf Einzelnen eingehen.	80	70	60
4	1	Das Individuum annehmen, wie es ist. Schwächen akzeptieren, Eigenheiten belassen.	50	100	80
	2	Mithelfen, Bedürfnisse und Vorlieben der Menschen mit Behinderungen herauszufinden und umzusetzen.	60	100	80
	3	Teilweise Eigenständigkeit und Mobilität der Menschen mit Behinderungen erhalten und fördern.	50	100	80

Ziele in der Arbeit – 1. Erhebung

Nr.	Ziel-Nr.	Ziel	Zielerreichung	Entschlossenheit	Gelegenheit
5	1	Wohlbefinden und Vertrautheit schaffen.	90	100	80
	2	Momentanen Entwicklungsstand nach Möglichkeit erweitern bzw. erhalten. Förderung.	60	90	60
	3	Individuelle Freizeitangebote bereitstellen.	50	90	40
6	1	Negative Einstellungen zu Behinderten in unserer Gesellschaft abbauen durch Erzählen / Info.	35	70	80
	2	Eltern oder Angehörige mehr in unsere Arbeit einbeziehen.	60	70	25
	3	In der Arbeit durch ZAC mehr Flexibilität (Unternehmungen, Freizeitgestaltung).	70	70	70
7	1	Auch in begrenzter Zeit jedem einzelnen Bewohner Aufmerksamkeit schenken können und Bedürfnisse und Wünsche jedes einzelnen wahrnehmen können.	90	100	70
	2	Mehr Eigeninitiative in Bezug auf Angehörigenarbeit und Kontakt zur WfbM / FuB.	80	90	70
	3	Allgemeines Fachwissen auffrischen und erweitern (medizinisch, pädagogisch, ...).	70	90	30
8	1	Entwicklungsschritte dem Entwicklungsstand angemessen zu planen und Angestrebtes mit dem Erreichten systematisch zu vergleichen.	90	100	100
	2	Förderungsmaßnahmen zur Selbständigkeit.	50	100	100
	3	Nähe zu verschiedenen Menschen erspüren und mit Mut und Selbstvertrauen eigene Gefühle ausdrücken.	50	75	50
9	1	Als MA einen Platz im Team finden.	50	50	20
	2	Für BewohnerInnen Kuschecke gestalten.	100	100	50
	3				
10	1	Normalisierung der Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung.	50	80	60
	2	Zufriedenheit der Bewohner ist für mich ständiges Ziel.	60	100	60
	3	Selbständigkeit und Selbstbestimmung im täglichen Ablauf.	60	80	50
11	1	Steigerung der Lebensqualität und dadurch Steigerung des Wohlbefindens der Menschen mit Behinderungen.	70	100	70
	2	Annäherung an das Normalisierungsprinzip.	40	80	40
	3	Förderung und Begleitung in allen Lebensbereichen, Selbstbestimmung und Selbständigkeit fördern.	70	90	70
12	1	Ich möchte mehr Zeit für einzelne Bewohner haben und eine individuelle Freizeitgestaltung planen können.	30	80	10
	2	Ich möchte für die Bewohner da sein und nicht immer mehr Formulare ausfüllen müssen.	20	90	50
	3	Ich möchte den Bewohnern bei der Bewältigung des Alltags helfen.	100	100	100

Tabelle 47

*Anhang B32 - Transkription der Ziele der Professionellen in der 2. Erhebung***Ziele in der Arbeit – 2. Erhebung**

Nr.	Ziel-Nr.	Ziel	Zielerreichung	Entschlossenheit	Gelegenheit
1	1	Selbständigkeit der Menschen mit Behinderung.	50	100	100
	2	Mehr Integration im alltäglichen Leben.	70	100	50
	3	Mehr Eigenverantwortlichkeit für Menschen mit Behinderungen.	50	100	50
2	1	Mehr Zeit für den/die einzelnen BewohnerIn.	10	80	20
	2	Selbständigkeit der Bewohner fördern.	20	80	70
	3	Weiterhin die Kraft zu haben für neue Ideen und für Veränderungen jeglicher Art offen zu sein.	80	100	90
3	1	Normalität.	50	100	30
	2	Dezentralisierung.	50	100	30
	3	Mehr Zeit haben für die Bewohner.	30	100	30
4	1	Die Grundbedürfnisse unserer Schwerbehinderten auf angenehme, menschenwürdige Weise und ohne zeitlichen Druck sicherstellen.	80	80	100
	2	Mehr Kommunikation fördern zwischen MA und zwischen MA und MmB und MmB untereinander.	50	80	80
	3	Für die körperlich und geistig beweglicheren Bewohner gute Kontakte zu anderen Personen aufbauen (auch außerhalb der Einrichtung).	10	50	20
5	1	Erhaltung der vorhandenen lebenspraktischen Fähigkeiten und gegebenenfalls Erweiterung dieser.	60	100	90
	2	Erhaltung des Gesundheitszustandes, der Mobilität.	70	100	90
	3	Freizeitgestaltung – individueller Art.	50	100	50
6	1	Behindertsein in der Gesellschaft (Umfeld). „Positives Bild“	50	80	80
	2	Elternarbeit. Kontakt, Info	80	90	80
	3	Freizeitgestaltung.	30	50	20
7	1	Weiterhin viel Motivation, Geduld und Freude an der Arbeit.	70	80	80
	2	Team: offen sein für neue MA, gute Einarbeitung leisten, Kritik und Lob äußern können, ehrlich sein.	80	90	80
	3	Zeit für Bewohner intensiver nutzen.	70	80	70
8	1	Unterstützung der Bewohner bei der Bewältigung des Alltags.	100	100	100
	2	Entwicklungsschritte dem Entwicklungsstand angemessen zu planen und Angestrebtes mit dem Erreichten systematisch zu vergleichen.	70	100	80
	3	Fördermaßnahmen zur Selbständigkeit.	50	100	50
9	1	Individuelle Aufgaben finden für die Bewohner.	60	80	60
	2	Teamrückmelderunden einführen, um Missverständnisse oder Ähnliches vorzubeugen.	100	100	50
	3	Bewohnerstrukturen verbessern.	70	100	60
10	1	Keine MA-Kürzung.			
	2	Fortbildungen für MA.			
	3	Veränderungen zur Selbstentfaltung unterstützen.			

Ziele in der Arbeit – 2. Erhebung

Nr.	Ziel-Nr.	Ziel	Zielerreichung	Entschlossenheit	Gelegenheit
11	1	Den Menschen mit Behinderungen helfen, ein möglichst „normales“ Leben zu führen.	70	90	70
	2	Menschen mit Behinderungen zu begleiten und zu fördern, auch beim Älterwerden.	90	100	90
	3	Die politischen Engpässe gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen zu meistern.	80	80	0
12	1	Die Bewohner sollen sich im Lindenhof wohlfühlen und dazu werde ich mich einsetzen.	80	90	80
	2	Fortbildungen intern und extern wahrnehmen und mich weiterbilden.	100	100	100
	3	Die Wichtigkeit der Behindertenarbeit nach außen vertreten.	60	60	60

Tabelle 48

Anhang B33 - Zielerreichung

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	65,56	1,93	63,33	8,82
T2	77,50	3,54	75,00	2,36
K1	55,56	5,09	80,00	0,00
K2	66,25	14,55	45,00	6,94

Tabelle 49

Anhang B34 - Entschlossenheit der Zielerreichung

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	91,67	1,67	100,00	0,00
T2	84,17	12,96	88,33	7,07
K1	88,89	1,93	86,67	4,71
K2	85,83	16,42	82,50	13,71

Tabelle 50

Anhang B35 - Gelegenheit zur Zielerreichung

Gruppe	t1		t2	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
T1	65,56	15,75	73,33	5,77
T2	45,83	15,32	66,67	14,14
K1	56,67	3,33	66,67	18,86
K2	72,92	10,22	54,17	16,42

C – Verzeichnis aller Abbildungen und Tabellen

C1 – Verzeichnis aller Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i> Darstellung einer sich verändernden Potentiallandschaft: Die Potentialtäler repräsentieren unterschiedlich ausgeprägte und stabile Attraktoren (dynamische Muster) des Systemverhaltens (aus: Schiepek, Fricke & Kaimer, 1992, 244)	15
<i>Abbildung 2.</i> Überarbeitete Fassung der Dimensionen von Wohlfahrt nach Allardt (vgl. BSASFF, 2001, 106).....	37
<i>Abbildung 3.</i> Möglichkeiten und Grenzen selbstbestimmter Lebensführung (vgl. Häussler, Wacker & Wetzler, 1996, 58, aus: Wacker et al., 1998, 15).....	64
<i>Abbildung 4.</i> Formen der Arbeitszufriedenheit (aus: Bruggemann et al., 1975).....	81
<i>Abbildung 5.</i> Der Tätigkeitsspielraum und sein Bezug zum Tätigkeitsmodell von Leontjew (in Anlehnung an Rauterberg, 1990, aus: Ulich, 1994, 144).....	91
<i>Abbildung 6.</i> Kennwert des Motivationspotentials (aus: Ulich, 1994, 90).....	92
<i>Abbildung 7.</i> Untersuchungsdesign im Überblick	185
<i>Abbildung 8.</i> Veränderungen bei den routinemäßigen Hausarztbesuchen.....	209
<i>Abbildung 9.</i> Veränderungen bei den Hausarztbesuchen aufgrund von Krankheit.....	210
<i>Abbildung 10.</i> Veränderungen bei der Häufigkeit an epileptischen Anfällen	211
<i>Abbildung 11.</i> Veränderungen bei den Verdauungsbeschwerden.....	212
<i>Abbildung 12.</i> Veränderungen bei den Hauterkrankungen.....	213
<i>Abbildung 13.</i> Veränderungen beim Auftreten von Ohrensekret	213
<i>Abbildung 14.</i> Veränderungen beim Aktivitätsindex.....	215
<i>Abbildung 15.</i> Veränderungen der Zufriedenheit mit den Aktivitäten	216
<i>Abbildung 16.</i> Veränderungen bei den Stärken und positiven Botschaften.....	218
<i>Abbildung 17.</i> Veränderungen bei den praktischen Kompetenzen	219
<i>Abbildung 18.</i> Veränderungen bei den kognitiven Kompetenzen	220
<i>Abbildung 19.</i> Veränderungen bei den sozialen Kompetenzen	221
<i>Abbildung 20.</i> Veränderungen bei den identifizierten Personen mit Hinweisen auf affektive oder neurotische Störungen.....	223
<i>Abbildung 21.</i> Veränderungen bei den identifizierten Personen mit Hinweisen auf mögliche organische Ursachen	224
<i>Abbildung 22.</i> Veränderungen bei den identifizierten Personen mit Hinweisen auf psychotische Störungen	225
<i>Abbildung 23.</i> Veränderungen bei der allgemeinen Zufriedenheit.....	226
<i>Abbildung 24.</i> Veränderungen der Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, in der Treatmentgruppe T1.....	227
<i>Abbildung 25.</i> Veränderungen der Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, in der Treatmentgruppe T2.....	228
<i>Abbildung 26.</i> Veränderungen der Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, in der Kontrollgruppe K1.....	229
<i>Abbildung 27.</i> Veränderungen der Zustimmung zu wesentlichen Arbeitsinhalten, erfasst mit der SAA, in der Kontrollgruppe K2.....	229
<i>Abbildung 28.</i> Veränderungen in der Dimension Vision des TKI.....	230
<i>Abbildung 29.</i> Veränderungen der Dimension Aufgabenorientierung des TKI	231
<i>Abbildung 30.</i> Veränderungen der Dimension Partizipative Sicherheit des TKI	232
<i>Abbildung 31.</i> Veränderungen der Dimension Unterstützung für Innovation des TKI.....	233
<i>Abbildung 32.</i> Veränderungen in der Skala Internalität vs. Externalität	235

<i>Abbildung 33.</i> Veränderungen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit	236
<i>Abbildung 34.</i> Veränderungen bezüglich der Ansprüche an die Arbeitsstelle.....	237
<i>Abbildung 35.</i> Veränderungen in der Erhöhung der Ansprüche.....	237
<i>Abbildung 36.</i> Veränderungen bei der Zielerreichung der priorisierten Ziele der Professionellen...	242
<i>Abbildung 37.</i> Veränderungen bei der Entschlossenheit zur Zielerreichung der priorisierten Ziele der Professionellen	243
<i>Abbildung 38.</i> Veränderungen bei den Gelegenheiten zur Zielerreichung der priorisierten Ziele der Professionellen	244

C2 – Verzeichnis aller Tabellen

Tabelle 1 Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung und ihre Wirkungen auf die Professionellen (aus: Ulich, 1994, 161).....	93
Tabelle 2 Gestaltungskonzepte und ihre Kontingenzen (nach Cummings und Blumberg, 1987, aus: Ulich, 1994, 245).....	95
Tabelle 3 Überblick Beteiligung in den jeweiligen Gruppen der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben.....	186
Tabelle 4 Überblick Geschlechtsverteilung in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben.....	186
Tabelle 5 Überblick Altersverteilung im Mittel mit Standardabweichung in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben.....	187
Tabelle 6 Überblick über die Anzahl der Personen in den Hilfebedarfsgruppen 3-5 in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben	188
Tabelle 7 Überblick über die durchschnittliche Gesamtpunktzahl des individuellen Hilfebedarfs in der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben	188
Tabelle 8 Überblick über die Anzahl und den Anteil von Personen mit Epilepsie, chronischer Erkrankung oder Autismus in den Gruppen der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution leben.....	189
Tabelle 9 Überblick Beteiligung in den jeweiligen Gruppen der Stichprobe aus der Zielgruppe der Menschen, die in einer Institution arbeiten.....	190
Tabelle 10 Überblick über die Ergebnisindikatoren für Menschen, die in einer Institution leben	191
Tabelle 11 Überblick über die Ergebnisindikatoren für Menschen, die in einer Institution arbeiten	199
Tabelle 12 Verteilung der paraphrasierten Ziele der Professionellen in der Treatmentgruppe T1	240
Tabelle 13 Verteilung der paraphrasierten Ziele der Professionellen in der Treatmentgruppe T2	240
Tabelle 14 Verteilung der paraphrasierten Ziele der Professionellen in der Kontrollgruppe K1	241
Tabelle 15 Verteilung der paraphrasierten Ziele der Professionellen in der Kontrollgruppe K2	241
Tabelle 16 Anhang B1 - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand - Routinebesuche beim Hausarzt	333
Tabelle 17 Anhang B2 - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand - Krankheitsbesuche beim Hausarzt.....	333
Tabelle 18 Anhang B3 - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand - Anzahl epileptischer Anfälle.....	333
Tabelle 19 Anhang B4 - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand - Verdauungsbeschwerden.....	333
Tabelle 20 Anhang B5 - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand - Hauterkrankungen.....	334
Tabelle 21 Anhang B6 - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Gesundheitszustand - Auftreten von Ohrensekret.....	334
Tabelle 22 Anhang B7 - Zufriedenheit mit den Aktivitäten.....	334
Tabelle 23 Anhang B8 - Erfassung von Stärken und positiven Botschaften	334
Tabelle 24 Anhang B9 - HKI: Praktische Kompetenzen.....	334
Tabelle 25 Anhang B10 - HKI: Kognitive Kompetenzen	335
Tabelle 26 Anhang B11 - HKI: Soziale Kompetenzen.....	335
Tabelle 27 Anhang B12 - Identifizierte Personen mit Hinweisen auf affektive und neurotische Störungen.....	335
Tabelle 28 Anhang B13 - Identifizierte Personen mit Hinweisen auf mögliche organische Ursachen	335
Tabelle 29 Anhang B14 - Identifizierte Personen mit Hinweisen auf psychotische Störungen.....	336

Tabelle 30	Anhang B15 – Allgemeine Zufriedenheit der Menschen, die in der Institution leben	336
Tabelle 31	Anhang B16 – SAA, Hauptindice 1: Handlungsspielraum	336
Tabelle 32	Anhang B17 – SAA, Hauptindice 2: Transparenz	336
Tabelle 33	Anhang B18 – SAA, Hauptindice 3: Verantwortung	336
Tabelle 34	Anhang B19 – SAA, Hauptindice 4: Qualifikation	337
Tabelle 35	Anhang B20 – SAA, Hauptindice 5: Soziale Struktur	337
Tabelle 36	Anhang B21 – SAA, Hauptindice 6: Arbeitsbelastung	337
Tabelle 37	Anhang B22 – TKI: Dimension Vision	337
Tabelle 38	Anhang B23 – TKI: Dimension Aufgabenorientierung	337
Tabelle 39	Anhang B24 – TKI: Dimension Partizipative Sicherheit	338
Tabelle 40	Anhang B25 – TKI: Dimension Unterstützung für Innovation	338
Tabelle 41	Anhang B26 – TKI: Soziale Erwünschtheit	338
Tabelle 42	Anhang B27 – FKK: Internalität vs. Externalität	338
Tabelle 43	Anhang B28 – AZK, Item 1: Allgemeine Arbeits(un)zufriedenheit	338
Tabelle 44	Anhang B29 – AZK, Item 2: Keine Ansprüche an Arbeitsstelle	339
Tabelle 45	Anhang B30 – AZK, Item 3: Erhöhung der Ansprüche	339
Tabelle 46	Anhang B31 – Transskription der Ziele der Professionellen in der 1. Erhebung	339
Tabelle 47	Anhang B32 – Transskription der Ziele der Professionellen in der 2. Erhebung	341
Tabelle 48	Anhang B33 – Zielerreichung	342
Tabelle 49	Anhang B34 – Entschlossenheit der Zielerreichung	342
Tabelle 50	Anhang B35 – Gelegenheit zur Zielerreichung	342